

Numéro thématique DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN

Editorial

Le réseau Francim des registres des cancers estime que les nouveaux cas de cancer du sein atteignaient en France, pour l'année 2000, le chiffre de 42 000 ce qui représente un doublement sur les 20 dernières années tandis que, dans le même temps, le nombre de décès restait stable autour de 11 000 cas annuels*.

Ces données sont à mettre en parallèle avec l'amélioration de l'efficacité thérapeutique et le diagnostic précoce ou le dépistage qui entraînent un pronostic plus favorable.

Le dépistage du cancer du sein commence en France, sur un plan individuel, dès le début des années 1980. Le dépistage organisé dont l'objectif est la réduction de la mortalité est initié en 1989, la France suivant l'exemple de certains pays de l'Union européenne. Il s'agit, à cette date, des premiers programmes départementaux mis en place sous l'égide de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) qui couvriront dix départements en 1991.

La Direction générale de la santé (DGS) prend ensuite le relais en instaurant, en 1994, un « Programme national de dépistage systématique du cancer du sein » dont l'objectif est d'inclure progressivement dans le dispositif l'ensemble des départements français.

Depuis son lancement, le programme national est régulièrement évalué. Cette évaluation, coordonnée par le Département des maladies chroniques et traumatismes de l'Institut de veille sanitaire, conduit à un constat majeur sur les résultats des départements opérationnels : malgré une qualité jugée satisfaisante sur la majorité des indicateurs de ce type de programmes, la participation des femmes reste insuffisante. De plus, simultanément, le dépistage individuel des femmes augmente.

Dès lors, afin d'ajuster le programme national pour l'obtention d'une meilleure adhésion, il est devenu nécessaire de mieux comprendre les freins et les attentes des femmes et des médecins traitants, généralistes ou gynécologues. Plusieurs études financées par la DGS et la Cnamts ont donc été mises en place.

En 2000, le Plan cancer de la DGS établit un Programme national de lutte contre le cancer. La généralisation du dépistage organisé du cancer du sein est une des priorités de ce plan. Un nouveau cahier des charges basé sur les résultats de ces études, de l'évaluation ainsi que sur les recommandations de bonnes pratiques de l'Anaes, est finalisé. Il instaure la prise en charge de l'acte de dépistage mammographique par l'assurance maladie, la prise en compte des modalités du dépistage individuel et le renforcement des volets qualité et évaluation.

* Remontet L, Estève J, Bouvier A-M, et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1978-2000. RESP 2003 (sous presse)

Le nouveau cahier des charges, dont l'impact sur les indicateurs de dépistage est présenté page 16, est actuellement en cours d'application. La couverture générale du territoire sera effective début 2004.

Ce numéro thématique du BEH présente les dernières données d'évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein pour les 32 départements opérationnels avant 2001 ainsi que l'important travail d'évaluation effectué par le département de l'Isère. Il comprend aussi une première approche descriptive de la mortalité comparée entre les départements avec et sans dépistage organisé. Les travaux ayant une approche comportementale sont présentés ensuite. Tout d'abord, la connaissance du dépistage des femmes consultant dans les Centres d'examens de santé, puis les synthèses de trois études menées par la Ligue nationale contre le cancer sur les comportements des femmes, des médecins généralistes et des gynécologues en matière de dépistage organisé.

**Rosemary Ancelle-Park, Institut de veille sanitaire,
coordinateur scientifique du numéro**

SOMMAIRE

| | |
|---|--------------|
| Editorial | p. 13 |
| Programme de dépistage organisé du cancer du sein : tendances des indicateurs précoces | p. 14 |
| Implications du nouveau cahier des charges pour les indicateurs d'évaluation du dépistage organisé du cancer du sein | p. 16 |
| Evaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein, dans le département de l'Isère | p. 17 |
| Mortalité par cancer du sein dans les départements ayant mis en place depuis 1990 un programme de dépistage organisé du cancer du sein | p. 19 |
| Pratiques de la mammographie chez les femmes de 50 à 69 ans, comparaisons entre les départements avec et sans dépistage organisé | p. 22 |
| Facteurs sociaux de l'absence de participation aux campagnes de dépistage de masse du cancer du sein | p. 24 |
| Connaissances, opinions et comportements des médecins généralistes et des gynécologues vis-à-vis du dépistage organisé : analyse d'une enquête par sondage | p. 26 |
| La communication pour le dépistage organisé du cancer du sein : avis de femmes | p. 27 |

Programme de dépistage organisé du cancer du sein : tendances des indicateurs précoce

Rosemary Ancelle-Park¹, Javier Nicolau¹, Annie-Claude Paty¹
et les Coordinateurs des centres de dépistage départementaux du cancer du sein²

¹Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice ; ²Voir fin de l'article

INTRODUCTION

La Direction générale de la santé a établi, en 1994, un programme national de dépistage basé sur les recommandations européennes pour la formation, le contrôle de qualité et l'évaluation [1] et sur l'expérience du dépistage dans les dix départements pilotes mis en place, entre 1989 et 1991, par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Récemment, l'efficacité du dépistage du cancer du sein a été contestée [2] mais les recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé concernant le dépistage organisé ne sont pas remises en cause par cette controverse [3,4]. Cet article présente les résultats de l'évaluation des indicateurs précoce du programme organisé et leurs tendances.

POPULATION ET MÉTHODES

Les modalités du programme organisé sont établies par le cahier des charges qui a évolué au cours du temps : le dépistage s'adresse à toutes les femmes de 50-69 ans suivies jusqu'à 74 ans qui sont invitées au cours d'une campagne. Depuis 1999, le test de dépistage est une mammographie à deux clichés de face et oblique externe et l'intervalle entre deux mammographies est de deux ans. La femme ayant une mammographie suspecte est rappelée pour examens complémentaires. Les mammographies sont effectuées dans les cabinets de radiologie publics et privés. Les radiologues s'engagent à faire remonter les données, à se former, à effectuer une double lecture, à proposer un test performant et une chaîne radiologique de qualité. Le contrôle de qualité des mammographes est obligatoire.

Les données recueillies comportent : l'âge, les antécédents de mammographies des femmes participant pour la première fois dans le programme de dépistage (pas de mammographie antérieure, mammographie de moins de trois ans et de plus de trois ans), le résultat de la mammographie et les résultats anatomo-cytopathologiques des cancers détectés. Tous les fichiers de données ont un accord de la CNIL. Les références européennes pour les indicateurs précoce d'impact, de qualité et d'efficacité sont utilisées [1]. Les données présentées comprennent toutes les années de dépistage de 1989 à 2000.

Le terme de prévalence s'applique aux premières mammographies quelle que soit l'année d'invitation. Le terme d'incidence s'applique aux mammographies suivantes, 2^{es}, 3^{es}, etc...

RÉSULTATS

En 2000, 32 départements étaient inclus dans le programme correspondant à une population Insee de 2 841 926 femmes, soit 45 % de l'ensemble des femmes de 50 à 69 ans ciblé en France.

Indicateurs d'impact

Activité de dépistage

Depuis 1989, 2 347 349 mammographies ont été réalisées dans le cadre du dépistage organisé et 1 427 792 femmes ont effectué une première mammographie.

Taux de participation

Globalement le taux de participation en 2000 est de 43 % alors que la référence européenne est de 60 %. Ce taux varie d'un département à un autre (extrêmes : 20 % - 60 %), mais une amélioration est observée au cours du temps (tableau 1).

Tableau 1

| Campagnes | Taux de participation par campagne | | | | | |
|-----------|------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| | 1 ^e campagne | 2 ^e campagne | 3 ^e campagne | 4 ^e campagne | 5 ^e campagne | 6 ^e campagne |
| Taux | 34,9 | 41,6 | 39,7 | 40,6 | 49,6 | 52,6 |

Antécédents de mammographie

Pour l'année 2000, les données concernant les antécédents de mammographie à la première participation ont été exploitable pour 11 départements soit pour un total de 125 796 femmes :

27 % des femmes n'avaient jamais effectué de mammographie antérieurement, 18 % avaient une mammographie de plus de trois ans, 48 % avaient une mammographie de moins de trois ans et 7 % ne pouvait donner l'information.

Indicateurs de qualité

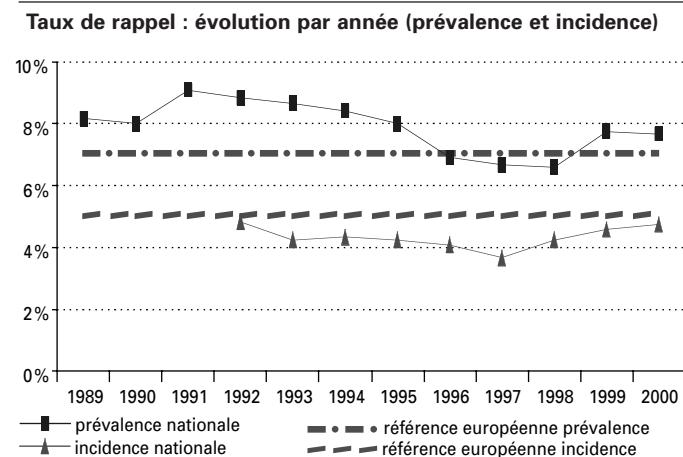
Taux de rappel ou taux de mammographies anormales

Il correspond au pourcentage de femmes rappelées pour effectuer un examen complémentaire.

En analyse de prévalence, le taux moyen de rappel dans le programme est, en 2000, de 7,6 % (extrêmes : 3,7 - 11,4 %) (référence européenne < 7 %). Les taux de rappel diminuent avec le temps pour atteindre 7 % entre 1995 et 1998. On observe pour les années suivantes une légère augmentation à 8 % (figure 1).

Vingt-cinq départements ont effectué plusieurs campagnes. En analyse d'incidence, le taux moyen de rappel est de 4,4 % (extrêmes : 2,9 - 7,5 %), en accord avec la référence européenne (< 5 %).

Figure 1



Le taux de rappel diminue avec l'âge à la fois en prévalence et en incidence (tableau 2).

Valeur prédictive positive (VPP) de l'indication de la biopsie chirurgicale

Elle permet d'évaluer l'adéquation de la prescription. La VPP augmente au cours du temps pour atteindre 53 % en prévalence et 65 % en incidence (figure 2). La référence européenne est de 50 %.

Figure 2

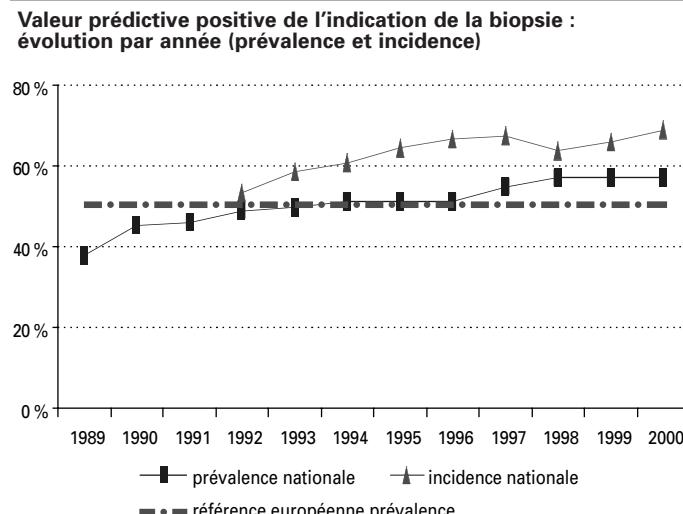


Tableau 2

Indicateurs de qualité et d'efficacité depuis la mise en place du dépistage (valeur moyenne)

| | Prévalence | | | | | Incidence | | | | |
|-------------------------------------|------------|-------|-------|-------|-------|-----------|-------|-------|-------|-------|
| | Total | 50-54 | 55-59 | 60-64 | 65-74 | Total | 50-54 | 55-59 | 60-64 | 65-74 |
| Qualité | | | | | | | | | | |
| Taux de rappel (%) | 7,6 | 8,4 | 7,6 | 7,1 | 6,8 | 4,4 | 5,3 | 4,6 | 4,4 | 4,1 |
| VPP de la biopsie (%) | 53,2 | 41,1 | 50,9 | 56,7 | 64,2 | 65,6 | 51,0 | 57,2 | 66,2 | 73,7 |
| Efficacité | | | | | | | | | | |
| Taux de cancers (%) | 5,6 | 3,9 | 5,2 | 6,2 | 7,8 | 4,2 | 3,0 | 3,4 | 4,3 | 5,0 |
| Cancers In Situ (%) | 14,3 | 20,9 | 14,9 | 12,4 | 11,0 | 14,5 | 21,0 | 14,7 | 15,3 | 12,7 |
| Cancers invasifs ≤ 10 mm (%) | 35,3 | 34,1 | 35,2 | 37,5 | 34,5 | 37,3 | 36,4 | 37,2 | 36,4 | 38,0 |
| Cancers invasifs N-* (%) | 71,0 | 68,3 | 68,6 | 70,7 | 74,0 | 72,9 | 71,1 | 67,5 | 73,8 | 75,0 |
| Cancers invasifs ≤ 10 mm et N-* (%) | 29,1 | 27,5 | 27,9 | 31,1 | 29,2 | 30,9 | 30,7 | 30,0 | 29,4 | 32,1 |

* N - : sans envahissement ganglionnaire

Indicateurs d'efficacité (tableau 1)

Taux de cancers

Depuis 1989, 11 867 cancers ont été identifiés par le dépistage organisé dont 8 010 en prévalence et 3 857 en incidence.

En analyse de prévalence, ce taux est en moyenne de 5,6 % et varie entre 3 % et 9,4 %. (référence européenne = 5 %). Les départements ayant des résultats extrêmes (< 4 % et > 7 %) sont des départements très récents pour lesquels les données ne sont pas consolidées.

En incidence, le taux moyen de cancers est de 4,2 % (extrêmes : 2,7 - 7,6 %).

Pourcentage de cancers in situ

Par rapport aux cancers détectés, le pourcentage de cancers in situ est de 14,3 % (extrêmes : 7,8 - 22,5 %) (référence européenne ≥ 15 %). Ce taux diminue régulièrement avec l'âge et atteint en prévalence comme en incidence 21 % pour les femmes de 50 à 54 ans, 11 % en prévalence et 12,7 % en incidence pour les femmes de 65 ans et plus.

Pourcentage de cancers invasifs ≤ 10 mm

Le pourcentage de cancers invasifs ≤ 10 mm est en moyenne de 35 % (extrêmes : 28,8 - 52,3 %) (référence européenne ≥ 25 %) et ne varie globalement pas avec l'âge (tableau 2). Il est élevé dans tous les départements et atteint en incidence 37 % (extrêmes : 20,8 - 52,3).

Pourcentage de cancers sans envahissement ganglionnaire

Le pourcentage de cancers sans envahissement ganglionnaire est de 71 % et tous les départements ont un taux de cancers invasifs sans envahissement ganglionnaire supérieur à 60 % (référence européenne > 60 %). En incidence, on constate que ce taux atteint 73 %.

Pourcentage de cancers ≤ 10 mm sans envahissement ganglionnaire

Le pourcentage de cancers ≤ 10 mm sans envahissement ganglionnaire est de 29 % en prévalence et 31 % en incidence. Il n'y a pas de référence européenne sur cet indicateur.

DISCUSSION

En 2000, le programme de dépistage organisé du dépistage du cancer du sein comprend 32 départements. Les taux de participation sont en augmentation. Ils demeurent cependant très variables d'un département à un autre (20 % à 60 %). Cette faible participation s'explique, entre autre, en France par le taux important de dépistage individuel existant de manière concomitante au dépistage organisé, comme le montre le pourcentage élevé de femmes (48 %) ayant effectué un dépistage dans les trois ans avant leur participation au programme organisé. Différentes enquêtes montrent des taux de couverture (dépistage organisé plus dépistage individuel) élevés dans les départements avec dépistage, allant de 50 à 77 % selon le département [5-8]. Un nouveau cahier des charges comprenant des nouvelles modalités (examen clinique, clichés supplémentaires

et examens radiologiques complémentaires immédiats) dont l'objectif est d'augmenter la participation, est en cours de mise en place en 2002 (voir page 16).

Près de 12 000 cancers ont été détectés par le dépistage organisé dont 2 216 en 2000. Les taux de petits cancers inférieurs ou égaux à 10 mm sont élevés, 35 % en prévalence. Ce taux est plus élevé que le taux de petits cancers détectés en dehors d'un programme (27 %) [9]. En incidence on observe aussi des taux de petits cancers plus élevés dans les départements avec un dépistage organisé que dans une région où le dépistage n'est pas encore mis en place (en 1999, 34 % versus 13 %) [10].

Les indicateurs détaillés sur la qualité, l'impact et l'efficacité du programme de dépistage permettent d'obtenir une évaluation précise de la situation, et d'apprecier les bénéfices d'un programme organisé. Ils permettent aussi d'en évaluer les effets délétères et leurs tendances au cours du temps. On observe en particulier une réduction du nombre de faux positifs à la fois par l'amélioration des taux de rappel et par l'amélioration de la valeur prédictive positive de l'indication de la biopsie chirurgicale, c'est-à-dire une réduction des biopsies effectuées pour des lésions qui ne sont pas des cancers.

Les taux de rappel diminuent avec le temps pour atteindre entre 1995 et 1998 les 7 % recommandés au niveau européen. On observe cependant pour les années suivantes une légère augmentation en incidence et en prévalence qui est concomitante avec la mise en place des deux clichés par sein. Une étude spécifique devrait documenter cette observation.

Il est essentiel de rappeler l'importance de la surveillance des indicateurs qui permettent, tant au niveau local qu'au niveau national, de vérifier qu'à tout moment le programme propose aux femmes un niveau maximal de qualité.

CONCLUSION

Les tendances déjà observées de l'évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein se confirment. La participation est très variable entre départements et reste globalement faible alors que les indicateurs de qualité sont satisfaisants. Le nouveau cahier des charges devrait permettre de rapprocher les pratiques du dépistage organisé des pratiques du dépistage individuel permettant ainsi d'harmoniser le système en y incluant une qualité maximum.

² Allier, Dr Le Bris - Alpes Maritimes, Dr. Granon - Ardennes, Mme Bazin - Bas-Rhin, Dr Guldenfels - Bouches-du-Rhône, Dr Seradour - Calvados, Dr Lefort - Charente, Dr Mahieu - Essonne, Dr Bernoux - Haute-Vienne, Dr Manain-Paziault - Hérault, Dr Cherif-Cheikh - Ille-et-Vilaine, Dr Bohec - Indre, Dr Couzon ; Isère - Dr Garnier , Dr. Exbrayat - Loire, Dr. Convers - Loire-Atlantique, Dr Allioux - Marne, Dr Arnold - Mayenne, Dr Lalanne - Meurthe-et-Moselle, Dr Morel - Moselle, Dr Mathis - Nièvre, Dr Debuire; Nord, Dr Cockenpot; Oise, Dr. Weick ; Orne, Dr. Notari-Lefrançois, Puy-de-Dôme, Dr Isnard - Rhône, Mme Courtial - Saône-et-Loire, Mme Touillon - Sarthe, Mme Moutarde, Mme Charbonnier ; Seine-Saint-Denis, Dr Debeugny - Somme, Dr Peng - Val-d'Oise, Dr. Dehe - Var, Docteur Harmel - Yvelines, Dr Soyer

RÉFÉRENCES

- [1] Europe Against Cancer. European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening. European Commission 1996
- [2] Gotzsche PC. Cochrane review on screening for breast cancer with mammography. Lancet 2001 ;358 :1340-
- [3] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Evaluation du programme national de dépistage systématique du cancer du sein. Paris : Anaes,1997
- [4] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Le dépistage du cancer du sein par mammographie dans la population générale. Etude d'évaluation technologique. Paris: ANAES,1999
- [5] Aubert J-P, Falcoff H, Florès P, Gilberg S, Hassoun D, Petrequin C, Van Es P, Dépistage mammographie individuel du cancer du sein chez la femme de 50 à 69 ans. La revue du praticien médecine générale.1995. N°300. 40-51
- [6] Mamelle N, Lacour A, Arnold F, Bazin et al Résultats des Programmes de dépistage de masse du Cancer du sein en France. La presse médicale.1996. 25. N°35. 1663-66
- [7] Wait S, Schaffer P, Séradour B, Chollet M, Demay M, Dejouhanet S, Le dépistage spontané du cancer du sein en France. Bull Cancer. 1997;84(6). 619-24
- [8] Séguet F, Daurès J-P, Guizard A-V, Mathieu-Daudé H, Bonifac J-C, Cherifcheikh J, Lamarque J-L, Herault breast screening programme : Result after 30 months of a mobile french schedule. European Journal of cancer Prevention. 1995. Vol 4 ; 299-305
- [9] Exbrayat C, Garnier A, Colonna M, Assouline D, Salicru B, Winckel P, Menegoz F, Bolla M. Analysis and classification of interval cancers in a french breast cancer screening programme (département de l'Isère). Eur.J. Cancer Prev. 1999 ; 8 : 225-260
- [10] Aptel I, Grosclaude P, Duchene Y, Sauvage M et le groupe de travail de l'Urcam. Stades des cancers du sein dans une région sans dépistage systématique : étude à partir des demandes de mise en affection longue durée dans la région Midi-Pyrénées (1998-1999). BEH 2000 ; 22 : 91-93

Implications du nouveau cahier des charges pour les indicateurs d'évaluation du dépistage organisé du cancer du sein

Rosemary Ancelle-Park, Institut de veille sanitaire

RÉFÉRENTIELS

Le référentiel du programme de dépistage organisé du cancer du sein français est le cahier des charges établi par la Direction générale de la santé, et le référentiel pour les indicateurs d'évaluation le Guide européen pour l'assurance qualité en mammographie.

Une nouvelle version 2001 du référentiel européen est disponible¹. Les valeurs des indicateurs précoces n'ont pas changé (tableau 1). Seuls le taux de participation et le pourcentage de cancers invasifs sans envahissement ganglionnaire ont été revus à la hausse avec un taux acceptable de 70 % au lieu de 60 % dans les versions de 1996 et 1992.

Il faut considérer que le taux de participation de 60 % est un taux minimum pour atteindre une réduction de la mortalité. Bien évidemment l'impact sur la mortalité sera d'autant plus important que les taux de participation seront élevés.

Tableau 1

Recommandations européennes 2001 – Indicateurs du dépistage et taux acceptables

| | Prévalence | Incidence |
|--|------------|-----------|
| Taux de participation | > 70 % | > 70 % |
| Taux de rappel | < 7 % | < 5 % |
| Taux de biopsies | < 1,5 | nd |
| VPP de la biopsie | ≥ 50 % | ≥ 50 % |
| Taux de cancers % | ≥ 5 % | ≥ 3 % |
| % de cancers in situ | 10-20 % | 10-20 % |
| % cancers invasifs ≤ 10mm | ≥ 20 % | ≥ 25 % |
| % cancers sans envahissement ganglionnaire | 70 % | 75 % |

Le nouveau cahier des charges du programme français² comprend de nouvelles modalités de dépistage. Il a pour objectifs :

- de réduire le nombre de faux négatifs (examen clinique des seins et double lecture des clichés normaux) ;
- de réduire le nombre de faux positifs dus aux images construites (clichés complémentaires) ;
- de permettre qu'un bilan complémentaire de diagnostic (agrandissement et/ou échographie) immédiat (sans avoir à rappeler la femme) soit fait en cas d'anomalies détectées à la première lecture ;
- d'augmenter la participation des femmes en harmonisant les modalités des deux types de dépistage : dépistage individuel et dépistage organisé.

INDICATEURS

Ce nouveau cahier des charges a des implications sur les indicateurs précoce habituels.

Taux de participation

Toutes les femmes de 50 à 74 ans venant faire une mammographie de dépistage devraient avoir une mammographie dans le cadre du nouveau programme, soit 70 à 80 %.

Taux de rappel

Dans l'ancien programme : le numérateur du taux de rappel était le nombre de femmes ayant une mammographie « anormale » après la deuxième lecture.

Dans le nouveau programme : le taux de rappel est appelé taux de mammographies anormales son numérateur est la somme :

- des femmes ayant une mammographie anormale à la première lecture, avant le bilan complémentaire de diagnostic ;
- des femmes ayant une mammographie anormale en deuxième lecture.

Les valeurs de ce taux de mammographies anormales représentent² au démarrage du programme :

- 1) 5 à 10 % des mammographies à la 1^{re} lecture et avant bilan complémentaire de diagnostic ;
- 2) 1 à 2 % des mammographies après 2^e lecture.

Comparé au taux de rappel de l'ancien programme, le pourcentage de mammographies anormales (1 + 2) acceptable au démarrage du programme devrait être entre 6 à 12 %. Douze pour cent doit être considéré comme la limite supérieure acceptable. Il est souhaitable que le pourcentage de mammographies anormales diminue pour atteindre un taux inférieur à 7 % pour la première mammographie dans le cadre du programme et un taux inférieur à 5 % pour les mammographies suivantes.

Impact de l'examen clinique

L'examen clinique a été introduit dans le programme de dépistage afin de réduire le nombre de faux négatifs en particulier les cancers palpables et radiologiquement occultes. L'introduction de cette nouvelle modalité est évaluée par l'identification du nombre d'examens cliniques anormaux accompagnés d'une mammographie normale et de l'analyse du nombre de cancers détectés dans ce groupe.

CONCLUSION

Le nouveau cahier des charges a pour objectif d'harmoniser les deux types de dépistage en calant le programme de dépistage organisé sur les pratiques existantes du dépistage individuel. Un temps d'adaptation va être nécessaire pour que les radiologues français s'approprient ces nouvelles modalités et standardisent leurs pratiques.

Rappel

La mammographie cotée Zm41 comprend : les clichés de face et oblique externe effectués pour chaque sein ; tous les clichés complémentaires destinés à éliminer des images construites par des superpositions ainsi que les clichés centrés ou agrandis. La mammographie Zm41 dans le cadre du dépistage organisé est gratuite.

¹Europe Against Cancer. European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening. European Commission 2001

²Cahier des charges relatif à l'organisation du dépistage des cancers, aux structures de gestion, aux radiologues, annexés à la convention-type entre les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé. Bulletin officiel 2001-43 du 22 au 28 octobre 2001.

Evaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein dans le département de l'Isère

Agathe Billette de Villemeur¹, Catherine Exbrayat^{2,3}, Anne Garnier³, Philippe Winckel^{3,4}, Michel Bolla^{3,5}, Jean-Pierre Ferley⁶, Suzanne Wait⁷, Emmanuel Borot⁸, Christine Jestin⁹, Rosemary Ancelle-Park¹⁰

¹Conseil général de l'Isère, Grenoble ; ²Registre du cancer de l'Isère, Meylan ; ³Office départemental de lutte contre le cancer, Meylan ;

⁴Clinique du Mail, Grenoble ; ⁵CHU, La Tronche ; ⁶Centre Rhône-Alpes d'épidémiologie et de prévention sanitaire, Grenoble ;

⁷Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé, Paris, actuellement Université Louis-Pasteur, Strasbourg ;

⁸Caisse nationale d'assurance maladie, Grenoble ;

⁹Direction générale de la santé, actuellement Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins, Paris ; ¹⁰Institut de veille Sanitaire, Saint-Maurice

INTRODUCTION

Le département de l'Isère a mis en place, fin 1990, un programme de dépistage organisé des cancers chez la femme de 50 à 69 ans. Tous les deux ans et demi, les femmes sont invitées par les organismes d'assurance maladie à une consultation chez le médecin traitant, généraliste ou gynécologue, qui propose le dépistage des cancers du sein, du col utérin et du côlon-rectum.

La mammographie de dépistage comporte un cliché par sein. La seconde lecture des clichés de mammographie et les résultats sont centralisés à l'Office départemental de lutte contre le cancer (ODLC).

Une évaluation de ce programme a été réalisée en 1996-1997 à la demande de la Direction générale de la santé (DGS) et du Conseil général de l'Isère (CGI) pour apprécier si l'association des trois cancers et la consultation préalable 1) a donné des résultats comparables à ceux obtenus par les autres programmes français établis pour le seul cancer du sein, 2) a eu un impact sur les pratiques du dépistage dans la population de l'Isère, 3) a été acceptée par les médecins concernés et les femmes visées, 4) a représenté un gain en terme de coût du programme du fait d'une économie de moyens.

Seule l'évaluation du dépistage du cancer du sein est présentée dans cet article [1].

MÉTHODES

Sept études ont été réalisées, une même étude pouvant répondre à plusieurs objectifs.

- L'analyse du fichier de l'ensemble des femmes invitées au programme de dépistage de 1990 à 1995, effectuée par l'ODLC, a permis de connaître le pourcentage de participation à la consultation, à la mammographie et au bilan complémentaire après test positif ainsi que le pourcentage de tests de dépistage positifs et de cancers dépistés, et leur stade de diagnostic.

- Une étude sur la recherche des « cancers de l'intervalle » et les stades de diagnostics des cancers détectés en dehors du programme a été réalisée par le Registre du cancer de l'Isère. La sensibilité et la spécificité du programme ont pu être calculées dans la population pour laquelle le recueil des cancers est effectué sur une période minimale de 30 mois après le test.

- Une étude du nombre et des pratiques de prescriptions des mammographies réalisées dans tous les cabinets de radiologie du département pendant une semaine a permis d'évaluer la part du dépistage organisé et spontané.

Trois enquêtes ont été réalisées auprès de femmes et des médecins par le Centre Rhône-Alpes d'épidémiologie et de prévention sanitaire (Careps), pour connaître leur opinion et leur participation annoncée à ce programme : 1) une enquête postale auprès des 1 025 médecins généralistes et gynécologues du département (461 réponses après relance (45 %), 2) une enquête qualitative auprès de 25 médecins volontaires, 3) une enquête téléphonique auprès de 1 000 femmes, tirées au sort parmi la population de femmes invitées au dépistage l'année précédente (401 réponses, 169 refus et 430 faux numéros ou appels infructueux). Un code permettait de comparer, à posteriori, la participation annoncée au dépistage à la participation réelle enregistrée par l'ODLC.

Les coûts du programme et par femme consultante ont été établis à partir des bilans financiers des partenaires du programme par le Centre de recherche d'études et de documentation en économie de la santé (Credes). Les ressources humaines et matérielles ont été calculées par poste de dépense et typologie.

RÉSULTATS

Participation

Lors du recensement 1990 (Insee), 98 017 femmes étaient âgées de 50 à 69 ans en Isère. Pour la période 1990-1995, l'invitation au dépistage concernait les bénéficiaires du Régime général, des mutuelles nationales et de la Mutualité sociale agricole (MSA), soit une population de 87 643 femmes à la 1^{re} campagne et de 90 382 femmes à la 2^e campagne.

A la 1^{re} campagne, 39,1 % et à la 2^e campagne, 41,2 % des femmes invitées ont consulté leur médecin, tandis que 24,6 % et 29,9 % des femmes invitées ont réalisé la mammographie prise en charge par le programme. Respectivement, 11,8 % et 8,5 % des mammographies étaient positives (tableau 1).

Tableau 1

Résultats du programme de dépistage organisé du cancer du sein, pendant la première campagne (1991-1993) et la deuxième campagne (1993-1995)

| | 1991-1993 | 1993-1995 |
|--|---------------------------|--------------|
| Taux de rappel 1 ^{er} dépistage | 11,8 % | 11,2 % |
| Effectifs | 2 641/22 318 | 1 436/13 133 |
| Taux de rappel 2 ^e dépistage | | 5,6 % |
| Effectifs | | 637/11 251 |
| % de bilans réalisés après dépistage positif | 95 % | 95 % |
| Nombre de cancers | 161 | 130 |
| % de cancers dépistés | 0,72 % | 0,53 % |
| Stades précoces (sur les deux campagnes) | 16 % in situ – 41 % <10mm | |

Parmi les 20 941 femmes qui ont fait une mammographie et ont été surveillées pendant trente mois, 138 cancers du sein ont été détectés et 49 cancers de l'intervalle ont été retrouvés [2]. La sensibilité du programme de dépistage tous les deux ans et demi était de 73,8 % et la spécificité de 87,3 %.

Enquête de pratique de prescription

L'enquête auprès de tous les cabinets de radiologie (69) a montré que, parmi les 1 593 mammographies réalisées du 10 au 15 mars 1997 en Isère, 66 % ont été effectuées au titre du dépistage et 33 % pour un autre motif (suivi après cancer du sein, surveillance de mastopathies ou pour antécédent familial de cancer). Dans la tranche d'âge 50-69 ans, le dépistage était réalisé pour moitié au titre du dépistage individuel et pour moitié en dépistage organisé.

Acceptabilité des médecins et des femmes (enquêtes d'opinion)

Médecins

Le principe d'un dépistage organisé était accepté par 78 % des médecins (n = 461). L'association des trois dépistages était considérée « comme un point fort » pour 85 % d'entre eux. L'examen de dépistage (mammographie) « présentait un intérêt évident » pour 95 % des médecins ; deux tiers des praticiens « prescrivaient souvent » la mammographie en dehors du programme de dépistage. Les critiques portaient sur la réalisation d'une seule incidence par sein (55 % des médecins), l'existence de faux positifs (49 %), l'absence de retour des clichés aux femmes et leur centralisation (58 %).

Tableau 2

Fréquence des examens de dépistage réalisés en 1995-96 en fonction de l'âge, enquête téléphonique auprès d'un échantillon de femmes invitées au dépistage (% et [IC 95 %])

| | 50-59 ans | 60-69 ans | 50 - 69 ans |
|--|------------------|------------------|------------------|
| Effectifs | 168 | 232 | 401 |
| Enquête Careps | | | |
| Mammographie (individuel et organisé) | 79,2 [73,1-85,3] | 66,4 [60,3-72,5] | 71,8 [67,4-76,2] |
| Mammographie dans le cadre du programme organisé | 44,0 [36,5-51,5] | 44,4 [38,0-50,8] | 44,4 [39,5-49,3] |
| Fichier ODLC* | | | |
| Mammographie de dépistage organisé | 20,8 [14,7-26,9] | 29,3 [23,4-35,2] | 25,9 [21,6-30,2] |

* Comparaison à posteriori de la participation réelle au programme

Femmes

Un total de 95 % des femmes connaissait l'existence du programme et 87 % se souvenaient avoir été invitées. Parmi les femmes interrogées, 71,8 % disaient avoir pratiqué, dans les dix huit derniers mois, une mammographie (tableau 2). Les deux tiers des femmes disaient avoir pratiqué cet examen dans le cadre du programme organisé. Dans 58 % des cas, ces réponses étaient concordantes avec la participation de ces mêmes femmes, enregistrée dans le fichier ODLC.

Coût du programme

Le coût du programme de dépistage des trois cancers de l'Isère se montait à 84 694 € (55,3 millions de francs) entre 1990 et 1996 dont 66,5 % pour les actes techniques du dépistage (tableau 3). Les coûts organisationnels (personnel, communication, convocation, facturation) ont diminué après la phase d'installation du programme. Le coût par femme prise en charge dans le protocole a été estimé à 97,79 € (641,44 F) en moyenne entre 1990 et 1996. Il est passé de 139,76 € (916,74 F) par femme en 1991 à 90,20 € (591,68 F) en 1996.

Tableau 3

Coût du dépistage organisé en Isère (1990-1996)*

| Nombre de consultations = 86 198 | Coût |
|---|---------------------|
| Convocation et facturation de l'Assurance maladie | 4 606 206 F |
| Pilotage administratif et technique du programme | 634 911 F |
| Communication | 2 503 932 F |
| Fonctionnement | 10 795 793 F |
| Actes techniques | 36 750 275 F |
| Consultations | 11 074 209 F |
| Mammographies | 16 713 797 F |
| Frottis | 6 151 897 F |
| Hémoccult | 2 810 372 F |
| Total Personnel | 11 257 054 F |
| Total frais fixes | 5 336 983 F |
| Total frais variables | 38 697 080 F |
| Total | 55 291 117 F |
| | 8 429 076 € |
| Coût par consultante | 641,44 F |
| | 97,79 € |

* établi à partir des données de l'ODLC, des Caisses primaires d'assurance maladie de Grenoble et Vienne, du Conseil général de l'Isère, du Registre du cancer et des mutuelles.

DISCUSSION ET CONCLUSION

L'évaluation de ce programme pilote de dépistage des cancers féminins a révélé des aspects favorables et des difficultés.

Le dépistage organisé et médicalisé de trois cancers simultanément est faisable. De plus, la place valorisée des médecins

traitants a recueilli l'assentiment des femmes invitées et des praticiens, généralistes ou gynécologues.

La complexité apparente du protocole n'était pas un obstacle pour les femmes et elles ont annoncé participer aux trois dépistages [1]. Lors de l'enquête d'opinion, 30 % des femmes interrogées se disant participantes au dépistage organisé, ont été considérées pour l'ODLC comme non participantes. On peut avancer trois explications : 1) certaines femmes ont réalisé les examens de dépistage en dehors du programme après avoir été sollicitées par le programme, 2) certaines femmes étaient recensées à l'ODLC sous un nom différent (marital, jeune fille...) de celui utilisé lors de l'enquête, 3) certaines femmes ont pu faire référence à une participation suite à une invitation précédente.

La participation des femmes au dépistage organisé a progressé au cours du temps. En revanche, le pourcentage de participation de l'Isère restait inférieure à la moyenne des programmes français [3] (41 % de participation cumulée contre 50 % en moyenne après six ans de programme) et aux normes internationales et doit être discuté comme dans les autres départements français. Ce résultat est à rapprocher du fort taux de dépistage individuel dans le département confirmé dans l'étude auprès des cabinets de radiologie. La couverture globale du dépistage de 50 à 69 ans était alors bonne, 73 % [4]. On peut penser que l'existence du dépistage organisé dans le département a eu effet non négligeable sur le dépistage individuel, sur le plan quantitatif et qualitatif.

Le médecin traitant, acteur incontournable pour l'acceptation des tests de dépistage de cancer du col de l'utérus (frottis) et du cancer colo-rectal (Hémoccult®), a fréquemment prescrit un dépistage mammographique en dehors du programme organisé. Un obstacle important provenait des modalités du programme organisé.

Les cancers dépistés dans le cadre du programme étaient de petites tailles et avaient un meilleur pronostic que les cancers diagnostiqués sur l'ensemble de la population du département.

Le taux de cancers du sein dépistés et la proportion de cancers in situ étaient conformes aux références européennes. Le pourcentage de mammographies positives était supérieur aux normes européennes (7 %). L'amélioration entre le premier et le deuxième tour a permis d'atteindre des niveaux équivalents aux autres départements français [4].

Dès la première campagne, le pourcentage de cancers de moins de 10 mm était très supérieur à ces mêmes références (> 25 %) et à la moyenne française [4]. Il est révélateur de la présence d'un dépistage individuel [5] préexistant à la mise en place du programme organisé (source Registre du cancer).

La sensibilité et la spécificité du test pourront être améliorées par la modification de la mammographie de dépistage (deux clichés par sein), et la sensibilité du test a été améliorée par l'amélioration de la qualité des clichés, suite à la mise en place dès 1993 du contrôle de qualité des mammographes. La sensibilité du programme organisé sera améliorée par la réduction à deux ans de l'intervalle entre deux dépistages.

Le nouveau cahier des charges favorisera la participation du médecin au programme (application des circulaires de la DGS et de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) [6]).

D'autres actions peuvent être envisagées pour améliorer la participation au dépistage telles que l'implication des médecins du travail ou l'envoi direct aux femmes d'un document de prise en charge.

Le coût de fonctionnement de ce programme était proche de celui des autres programmes départementaux ne proposant que le dépistage du cancer du sein. Les coûts étaient inférieurs à la somme des dépistages organisés pris séparément. En outre, le coût par cancer dépisté serait diminué si la participation augmentait et si l'ensemble des actes de dépistage dans la population s'effectuait dans le cadre du programme. Il n'est pas possible de comparer ces coûts à ceux du dépistage individuel qui n'est pas évalué [7].

L'encadrement du dépistage permet à tous les partenaires (praticiens libéraux, assurance maladie, autorités de tutelle) d'avoir une meilleure connaissance de la qualité et du coût des programmes. L'impact de ce programme sur l'évolution des pratiques mérite d'être testé dans les prochaines années.

REMERCIEMENTS

Cette évaluation a été financée par le Conseil général de l'Isère et la Direction générale de la santé.

Ce travail a pu être réalisé grâce à l'ensemble des médecins généralistes, gynécologues, radiologues, chirurgiens du département de l'Isère qui ont aimablement répondu aux différents questionnaires ou ont ouvert leurs dossiers, ainsi qu'aux Caisses primaires d'assurance maladie, à la Mutualité sociale agricole, au Conseil général de l'Isère qui ont permis l'évaluation économique.

Les auteurs remercient notamment :

Dr Philippe Degryse, St. Egrève - Dr Alain El Sawy, St.Martin d'Hères - Dr Alain Evrard, CPAM, Grenoble - Dr Marie-Josèphe Guyot, MSA, Grenoble - M. Pierre-Jean Lancry Credes, Paris - Dr François Ménégoz,

Registre du cancer, Meylan - M. Guy Mermet, ODLC, Meylan - Dr Marie-José Mignee, CPAM, Grenoble - Dr Martine Pollak, Grenoble - Dr Bruno Salicru, Grenoble - Mme Gilberte Taddei, CPAM, Vienne - Dr Marc Tardieu, CPAM, Vienne - Dr Claire Vandekerckhove, CGI, Grenoble - Dr Maurice Xambeu, Villefontaine

RÉFÉRENCES

- [1] Billette de Villemeur A, Garnier A, Exbrayat C, Bolla M, Winckel P, Ferley J-P, Wait S, Borot E, Evrard A, Vandekerckhove C, Ancelle-Park R, Jestin C. Evaluation d'un programme de dépistage organisé des trois cancers du sein, du col utérin et côlon-rectum. Rapport Conseil général de l'Isère, Office départemental de lutte contre le cancer, Direction générale de la santé, Direction départementale des affaires sanitaires et sociales. Octobre 1997
- [2] Exbrayat C, Garnier A, Colonna M, Assouline D, Salicru B, Winckel P, et al. Analysis and Classification of intervals cancers in a french breast cancer screening programme (department of Isère): Eur J. Cancer Prev: 1999, July, 8 (3): 255-260.
- [3] Ancelle-Park R, Nicolau J. Résultat du programme national de dépistage systématique du cancer du sein. BEH n°52/1999 p.1-3.
- [4] Lacour A, Mamelle N, Lafont S, Bazin B, Dubuc M, Exbrayat C, et al. Use of mammography as a breast cancer screening tool in six districts in France. Cancer Detection and Prevention, 1997 21(5): 460-470.
- [5] Sant M and the Eurocare Working Group. Differences in stage and therapy for breast cancer across Europe. International Journal of Cancer. 2001 Sep 15 ; 96 (6) : 894-901.
- [6] Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Direction Déléguée aux risques. DDRI n°135/2000 Dépistage des cancers du sein dans les 32 départements engagés dans un programme organisé. FNPEIS 2000.
- [7] Wait S, Schaffer P, Seradour B, Chollet M, Demay M, Dejouhanet S : Opportunistic screening of breast cancer in France. Bull Cancer. 1997 June ; 84 (6) : 619-624.

Mortalité par cancer du sein dans les départements ayant mis en place depuis 1990 un programme de dépistage organisé du cancer du sein

Zoé Uhry¹, Emmanuelle Fourme¹, Eric Jouglé², Laurence Chéri-Challine¹, Rosemary Ancelle-Park¹, Béatrice Bazin³ (Ardennes), Claire Granon³ (Alpes-Maritimes), Catherine Guldenfels³ (Bas-Rhin), Brigitte Séradour³ (Bouches-Du-Rhône), Anne Garnier³, Catherine Exbrayat³ (Isère), Franck Arnold³, (Marne) Isabelle Courtial³ (Rhône), Nicole Moutarde³ (Sarthe), Jun Peng³ (Somme), Sophie Déhé³ (Val-d'Oise)

¹Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice ; ²CépiDc-Inserm ; ³Coordinateurs des structures de gestion départementales

INTRODUCTION

La mise en place d'un dépistage organisé (DO) du cancer du sein par mammographie a pour objectif principal d'éviter des décès par cancer du sein. Une méta-analyse récente de différents essais contrôlés¹ estime que 25 à 30 % des décès par cancer du sein pourraient être évités à long terme chez les femmes participant à un dépistage organisé régulier entre 50 et 69 ans [1].

En France, dix départements ont mis en place, sous l'égide de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, un DO dès le début des années 1990. Le DO s'est ensuite progressivement étendu à d'autres départements à partir de 1994, et concerne 33 départements en 2002. Dans les dix départements présentant un recul de dix ans, le dépistage organisé devrait commencer à avoir un impact en terme de décès évités.

Si les essais randomisés permettent de quantifier l'impact du dépistage organisé sur la mortalité et de contrôler les différents facteurs de confusion, l'impact d'un programme de DO en

population générale est en revanche difficile à évaluer. Les éventuels décès évités ne sont pas mesurables directement. Des indicateurs précoces, tels que les caractéristiques des tumeurs au moment du diagnostic, constituent de bons marqueurs d'une amélioration pronostique, mais ne sont pas disponibles en population générale sur l'ensemble des départements. Seules les données de mortalité par cancer du sein sont disponibles en population générale sur l'ensemble du territoire.

L'objectif de cette étude est de décrire les évolutions de la mortalité par cancer du sein en population générale dans les dix départements avec DO ancien et dans les autres départements français métropolitains. Il s'agit d'une analyse descriptive de l'évolution de la mortalité par cancer du sein, non ajustée sur les autres facteurs pouvant influer sur le niveau de cette mortalité.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'analyse porte sur la mortalité par cancer du sein sur la période 1978 à 1999. Les données ont été extraites des statistiques nationales des causes de décès (CépiDc-Inserm). Les décès par cancer du sein, codés en cause initiale (code CIM9/CIM8 174), des femmes de plus de 30 ans résidentes au moment de leur

¹Essais (cas/témoins et contrôlés randomisés) conduits en Suède, Etats-Unis, Royaume-Uni, Canada, Italie et Pays-Bas.

décès en France métropolitaine, ont été sélectionnés. Les dénominateurs de populations ont été produits à partir des estimations aux 1^{er} janvier de l'Insee (rétrapolations pour les années antérieures à 1999, estimations localisées des populations pour l'année 2000) selon la méthode proposée par L. Remontet et al [2].

Les données ont été agrégées en deux groupes :

- le groupe des dix départements présentant un recul de dix ans dans le fonctionnement de leur programme de dépistage : Ardennes, Alpes-Maritimes, Bas-Rhin, Bouches-du-Rhône, Isère, Marne, Rhône, Sarthe, Somme et Val-d'Oise (groupe 'DO ancien') ;
- le groupe des 85 autres départements français métropolitains (groupe 'Autres départements').

Le choix d'un groupe unique pour les 85 autres départements a été motivé par le fait qu'aucun DO n'a été mis en place dans ces départements avant 1994. Or l'impact attendu à court terme (cinq ans) de la mise en place d'un DO en terme de mortalité est faible. La mise en place d'un DO en 1994 ou ultérieurement n'a donc pas été considérée comme un facteur explicatif possible de l'évolution de la mortalité entre les deux périodes.

La mise en place d'un dépistage organisé pouvant éventuellement toucher par effet indirect d'autres tranches d'âge que la population cible du DO (50-69 ans) en favorisant une dynamique locale de prise en charge, il a été décidé d'analyser la mortalité par cancer du sein pour l'ensemble des femmes de plus de 30 ans, sans se limiter à la population cible.

Les taux de mortalité ont été standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale et rapportés à 100 000 personnes. Afin de visualiser l'évolution de la mortalité, les taux de décès ont été calculés annuellement de 1978 à 1999, et représentés avec un lissage spline (df=3) et son IC à 95 % pour en faciliter la lecture. Ils ont ensuite été estimés sur deux périodes de cinq ans : 1988-1992, période de référence centrée sur 1990, et 1995-1999, période la plus récente, centrée sur 1997. Un indicateur simple d'évolution entre les deux périodes a été calculé (CMF pour Comparative Mortality Figure), égal au rapport des taux de mortalité standardisés entre les deux périodes.

CMF=TSM (période 1995-1999) / TSM (période 1988-1992) avec TSM=Taux de mortalité standardisé sur la population mondiale des femmes de plus de 30 ans par cancer du sein.

Le CMF a été calculé pour chacun des deux groupes de départements. Pour mieux caractériser l'évolution de la mortalité dans le groupe 'DO ancien', les risques relatifs de décès entre les deux périodes ont été calculés pour chaque classe d'âge. L'homogénéité de ces risques dans les différentes classes d'âge a été testée par le test d'interaction de Mantel-Haenszel, et le risque relatif ajusté sur l'âge, qui constitue un autre indicateur d'évolution entre les deux périodes, a été estimé.

Le CMF et son intervalle de confiance ont également été calculé pour chacun des départements métropolitains et représentés graphiquement. Ce graphique permet de visualiser les évolutions de la mortalité observées au niveau de chaque département.

RÉSULTATS

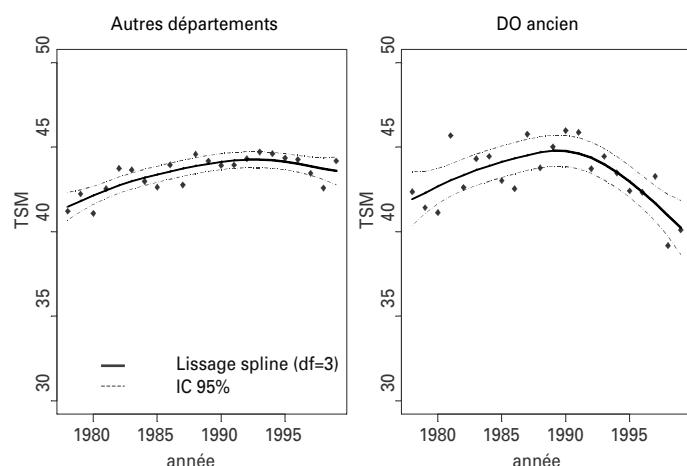
Entre 1978 et 1999, environ 215 000 décès par cancer du sein ont été observés parmi les femmes de plus de 30 ans sur l'ensemble des départements français métropolitains, dont 16 % (34 000) dans les dix départements ayant mis en place un DO au

début des années 1990, qui couvrent 16 % de la population féminine de plus de 30 ans sur l'ensemble de la période.

Les taux de mortalité annuels par cancer du sein standardisés sur la population mondiale sont présentés sur la période 1978-1999 pour chacun des groupes dans la figure 1. On observe une diminution de la mortalité par cancer du sein dans le groupe 'DO ancien' depuis le début des années 1990, alors que la mortalité dans le groupe 'Autres départements' semble se stabiliser sur la dernière décennie.

Figure 1

Taux de mortalité par cancer du sein pour 100 000 standardisés sur la population mondiale (TSM), selon le groupe de départements, 1978-1999, femmes de plus de 30 ans



Dans le groupe de départements avec DO ancien, on observe une réduction significative de la mortalité par cancer du sein entre les périodes 1988-1992 et 1995-1999 de 7,7 % IC 95 % [4,4 % - 10,8 %] (tableau 1). La mortalité par cancer du sein dans le groupe des autres départements est en revanche restée stable entre ces périodes (diminution non significative de 1 %, IC95 % [0 %-2,5 %]).

Dans le groupe 'DO ancien', le risque relatif de décès entre les deux périodes varie entre 0,86 et 1,03 selon la classe d'âge (à l'exception de la classe 30-34 ans où il atteint 1,27 [0,85 ; 1,88]). Ces risques relatifs ne diffèrent pas significativement selon l'âge ($p=0,28$). Le risque relatif entre les deux périodes ajusté sur l'âge est estimé à 0,939 (IC95 % [0,910 ; 0,968]). Ce résultat, qui qualifie d'une autre manière la réduction de la mortalité entre les deux périodes pour le groupe de départements 'DO ancien', est du même ordre que le CMF.

Les CMF estimés pour chacun des départements sont présentés figure 2, ordonnés par valeur croissante.

Les CMF estimés varient entre 0,8 et 1,2 selon les départements. Cependant peu d'entre eux sont significativement différents de 1. Six des dix départements avec un DO ancien ont un CMF dans le quartile inférieur de la distribution, dont quatre présentent une réduction significative de la mortalité selon cet indicateur. A noter que d'autres départements ont des CMF du même ordre voire inférieurs. Les quatre autres départements du groupe 'DO ancien' présentent en revanche un CMF en milieu de distribution.

Tableau 1

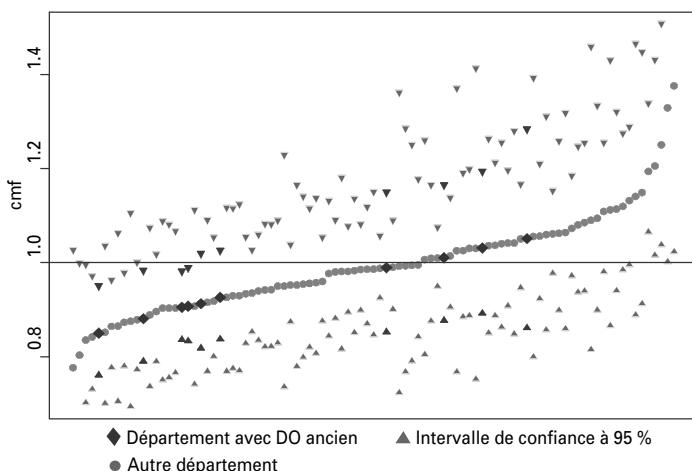
Taux standardisés monde pour 100 000 et estimation des CMF entre les périodes 1988-1992 et 1995-1999 par groupes de départements, femmes de plus de 30 ans

| | TSM 88-92 | TSM 95-99 | CMF | IC 95 % |
|-----------------------------|------------|------------|-------|----------------|
| Départements avec DO ancien | 44,9 ± 1,1 | 41,5 ± 1,0 | 0,923 | 0,892 – 0,956* |
| Autres départements | 44,2 ± 0,5 | 43,8 ± 0,5 | 0,990 | 0,975 – 1,005 |

* p < 10⁻⁵

Figure 2

CMF par département, ordonnés par valeur croissante



DISCUSSION

La mortalité par cancer du sein sur l'ensemble des vingt dernières années est peu évolutive, alors que l'incidence est en forte augmentation [2]. Ceci traduit une amélioration pronostique due à la fois à des progrès thérapeutiques et, dans un contexte de développement du dépistage individuel et organisé, à un diagnostic plus précoce.

L'analyse a mis en évidence une réduction significative de la mortalité dans le groupe de départements ayant un DO ancien entre les périodes 1988-1992 et 1995-1999. Ce résultat doit cependant être interprété avec prudence.

L'évolution de la mortalité n'a pas été ajustée sur les différents facteurs influant sur la mortalité par cancer du sein (évolution de l'incidence, développement du dépistage individuel, progrès thérapeutiques, prise en charge). Ces facteurs ne peuvent être contrôlés faute de données disponibles. De plus, la mise en place du dépistage organisé dans ces dix départements a été réalisée sur la base du volontariat, ce qui a pu induire une sélection de départements où la connaissance de la sénologie était peut-être plus développée qu'ailleurs.

D'autre part, l'agrégation des données par groupes de départements peut masquer des disparités d'évolution entre départements. Le graphique des CMF par département illustre cette question, sans toutefois apporter de réponse : l'hétérogénéité des évolutions devra être testée et quantifiée dans une analyse départementale plus détaillée.

Toutefois, l'hypothèse que la mise en place du dépistage organisé au début des années 1990 dans ces dix départements, ait pu induire en partie ce résultat, de manière directe et/ou indirecte, est plausible. La mise en place du DO dans les départements concernés, outre les effets attendus sur la population dépistée, a pu également améliorer la pratique du dépistage individuel et les filières de soins pour les autres femmes du département, dans un contexte de renforcement de la qualité de la chaîne mammographique.

Differentes études viennent étayer cette hypothèse. Des résultats décrivant les comportements des femmes face au dépistage (individuel et organisé) montrent que les femmes résidant dans un département avec un programme de dépistage organisé avaient une probabilité plus élevée que les autres de pratiquer des mammographies [3,4]. Par ailleurs, la réduction des tailles tumorales au diagnostic en population générale au cours du temps dans les départements avec DO a été décrite à plusieurs reprises. Dans les départements de l'Isère, du Bas-Rhin et des Bouches-du-Rhône, la taille tumorale au moment du diagnostic en population générale a diminué depuis la mise en place du dépistage [5,6,7]. Dans le Rhône, une étude retrouve des résultats similaires avec une influence positive de la mise en place du dépistage organisé sur l'ensemble des cancers du sein détectés dans le département [8]. Enfin, une étude réalisée dans la région Midi-Pyrénées en 1998-1999, où il n'existe pas

de dépistage organisé, a montré que les caractéristiques des tumeurs de la région (stade au diagnostic, envahissement ganglionnaire), étaient moins favorables que celles des tumeurs diagnostiquées dans le cadre d'un dépistage organisé [9].

CONCLUSION

Cette analyse a mis en évidence une réduction significative de la mortalité par cancer du sein dans le groupe des départements avec un DO ancien entre les périodes 1988-1992 et 1995-1999, alors que le niveau de la mortalité est resté stable sur les autres départements. Il est possible que la mise en place du dépistage organisé dans ces départements ait induit en partie cette observation.

Cependant l'interprétation de l'évolution de la mortalité est délicate car elle n'est pas ajustée sur les évolutions des autres facteurs influant sur la mortalité par cancer du sein (incidence, dépistage individuel, diagnostic précoce, progrès thérapeutiques). Une analyse au niveau départemental plus détaillée sera nécessaire pour tester et prendre en compte une éventuelle hétérogénéité d'évolution entre les départements.

Malgré ces réserves, et bien qu'on ne puisse pas imputer la réduction observée de la mortalité dans le groupe des 10 départements avec DO ancien au dépistage organisé, ces résultats, appuyés de différentes études locales, sont encourageants dans le cadre de la généralisation du dépistage du cancer du sein à l'ensemble des départements français. Une méthodologie spécifique de l'analyse de l'indicateur de mortalité par cancer du sein en lien avec la mise en place progressive du dépistage organisé dans l'ensemble des départements français devra être développée.

REMERCIEMENTS

L'InVS a bénéficié pour cette étude du soutien de Francim, du service de biostatistique des Hospices Civils de Lyon pour la production des données de population et du service des causes de décès CépiDc-Inserm pour les données de mortalité par cancer du sein.

RÉFÉRENCES

- [1] Demissie K, Mills OF, Rhoads GG. Empirical comparison of the results of randomized controlled trials and case control studies in evaluating the effectiveness of screening mammography. *Journal of Clinical Epidemiology* 1998 ; 51 :81-91.
- [2] Remontet L, Estève J, Bouvier AM et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1978-2000 . Sous presse, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 2003.
- [3] Lacour A, Mamelle N et al. Les programmes de dépistage de masse du cancer du sein en France : évaluation comparative. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 1997; 26 :470-483.
- [4] Guilbert P, Baudier F, Gautier A. CFES-Baromètre Santé 2000-Résultats Volume2, Editions CFES.
- [5] Exbrayat C, Garnier A, Colonna M et al. Analysis and classification of interval cancers in a French breast cancer screening programme (département of Isère). *European Journal of Cancer Prevention* 1999 ; 8 :255-260.
- [6] Schaffer P, Renaud R, Gairard B, Guldenfels C. Le rôle des registres du cancer dans l'évaluation des campagnes de dépistage. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 1996 ; 44 : S15-S21.
- [7] Mc Cann J, Wait S, Séradour B, Day N. A comparison of the performance and impact of breast cancer screening programmes in East Anglia , U.K. and Bouches du Rhône, France. *European Journal of Cancer* 1997; 33 :429-435.
- [8] Brémond A, Victoria J, Courtial I. Le cancer du sein de 1988 à 1992 dans le département du Rhône : effets du dépistage. *Reproduction humaine et hormones* 1995 ;8 :69-71.
- [9] Aptel I, Grosclaude P, Duchene Y, Sauvage M, et le groupe de travail de l'Urcam. Stades des cancers du sein dans une région sans dépistage systématique. BEH N°22/2000 mai 2000.
- [10] Ménégoz F, Chérié-Challine L. Le cancer en France. Incidence et mortalité. Situation en 1995 - Evolution entre 1975 et 1995. Publié par les registres du cancer français (Francim) et le Ministère de l'emploi et de la solidarité (DGS). Paris : Documentation Française.

Pratiques de la mammographie chez les femmes de 50 à 69 ans, comparaisons entre les départements avec et sans dépistage organisé

Yves Spyckerelle¹, Claude Kuntz¹, Jean-Pierre Giordanella², Rosemary Ancelle-Park³

¹Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé, Vandoeuvre-les-Nancy ;

²Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Paris ; ³Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice

INTRODUCTION

L'intérêt de la mammographie comme moyen de dépistage du cancer du sein a été bien établi par diverses études, rigoureuses, effectuées dans les pays anglo-saxons ou scandinaves [1]. Elle est indiquée chez les femmes de 50 à 69 ans, voire 74 ans, avec une périodicité optimale de deux ans [2]. En France, des programmes de dépistage organisé (DO) du cancer du sein ont été mis progressivement en place entre 1989 et 1991. Un programme national a suivi en 1994 et, en 2001, 32 départements appliquaient ce protocole national du dépistage organisé. La généralisation à l'ensemble du territoire français est en cours. Une évaluation récente montre qu'au delà d'une faisabilité technique du dépistage, le taux de participation à ces programmes reste en deçà des normes européennes attendues, en raison des contraintes du dépistage organisé, et de sa co-existence avec un dépistage individuel sur prescription médicale, important et déjà présent avant même 50 ans [3,4]. Il est vrai qu'un dépistage « spontané, opportuniste, non contrôlé, non évalué et très coûteux persiste et prend de plus en plus d'importance » [5]. Dans ce contexte, il nous a semblé intéressant de comparer les pratiques de la mammographie chez les femmes de 50 à 69 ans selon l'existence ou non d'un DO dans leur département de résidence et d'apprécier la connaissance de son existence.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

L'étude porte sur deux groupes de femmes âgées de 50 à 69 ans, volontaires, ayant consulté dans le cadre d'un examen périodique de santé au cours du premier trimestre 2001 : un premier groupe de 4 814 femmes résidant dans un département sans DO ; un second groupe de 3 896 femmes résidant dans un département avec DO du cancer du sein.

Les pratiques des femmes à l'égard de la mammographie ont été recueillies à l'aide d'un auto-questionnaire spécifique, complété par une infirmière avec la consultante, lors de l'examen de santé.

Différentes catégories de données ont été recueillies : la situation familiale, la catégorie socio-professionnelle (CSP - selon la codification de l'Insee), le pays d'origine du père, le diplôme le plus élevé obtenu, les antécédents familiaux de cancer du sein ; la notion d'un suivi gynécologique, la connaissance d'une campagne organisée de dépistage du cancer du sein dans le département de résidence et la surveillance mammographique (antécédents et nature de mammographie) ont également été recherchées. Pour les besoins de l'étude, l'ancienneté de la mammographie a été calculée par la différence entre l'âge de la consultante au moment de l'étude et l'âge de la consultante à la dernière mammographie (en années révolues). Les mammographies datant de trois ans ou moins ont été considérées comme des mammographies récentes de dépistage ou de diagnostic.

RÉSULTATS

Comparaison des groupes avec ou sans dépistage organisé

L'étude des principales caractéristiques socio-démographiques et médicales montre des différences modérées, mais significatives sur le plan statistique, entre les groupes avec ou sans DO. Les femmes appartenant au groupe sans DO résident plus souvent en milieu rural (35,7 % vs 29,6 %), le pays d'origine de leur père est plus souvent la France (84 % vs 82,1 %) et elles présentent plus souvent des antécédents familiaux de cancer du sein (18,9 % vs 16,9 %). La répartition par âges ne diffère pas entre les deux groupes.

Connaissance d'une campagne de dépistage organisé

Près de 77 % des femmes résidant dans un département avec DO déclarent en connaître son existence ; 6,3 % déclarent ne pas le connaître et près de 17 % déclarent ne pas savoir (tableau 1). On observe une association entre la connaissance d'une campagne et la surveillance mammographique ; les femmes déclarant avoir eu une mammographie de dépistage récente ont plus souvent connaissance d'une campagne de DO que les femmes qui n'ont pas eu de mammographie (79,6 % vs 45,3 % ; p < 0,001).

Tableau 1

Connaissance d'un dépistage organisé (DO) en fonction de la surveillance mammographique des femmes résidant dans un département avec dépistage organisé

| Connaissance d'un DO | oui | | non | | ne sait pas | |
|------------------------------------|--------------|-------------|------------|------------|-------------|-------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Surveillance mammographique | | | | | | |
| Mammographie récente de dépistage | 2 206 | 79,6 | 157 | 5,7 | 407 | 14,7 |
| Mammographie récente de diagnostic | 546 | 78,6 | 46 | 6,6 | 103 | 14,8 |
| Mammographie de plus de trois ans | 163 | 59,9 | 24 | 8,8 | 85 | 31,3 |
| Pas de mammographie | 62 | 45,3 | 18 | 13,1 | 57 | 41,6 |
| Ensemble | 2 977 | 76,8 | 245 | 6,3 | 652 | 16,8 |

On observe une association entre la connaissance d'une campagne de DO et le niveau socio-culturel des femmes. La fréquence de cette connaissance suit un gradient socio-culturel défini par le diplôme obtenu ou la CSP. D'autre part, la connaissance est plus fréquente chez les femmes dont le père est d'origine française et chez les femmes mariées ou remariées (tableau 2).

Parmi les antécédents personnels et familiaux, on n'observe aucune liaison avec l'existence d'antécédents familiaux de cancer du sein ou d'hystérectomie. En revanche, la connaissance d'une campagne est plus fréquente lorsqu'il existe un suivi gynécologique ou des comportements signifiant une préoccupation de prévention, frottis cervical régulier, traitement hormonal substitutif, autopalpation des seins. Enfin, la connaissance d'une campagne est plus fréquente dans les départements où l'organisation a été mise en place au cours des années 1995 à 1997.

Campagne de dépistage et surveillance mammographique

La fréquence d'une mammographie récente pour dépistage est plus élevée dans les départements où une campagne de dépistage a été mise en place ; elle est de 60 % dans les départements sans DO, tandis qu'elle est de 71,4 % dans les départements avec DO (tableau 3). Dans les départements sans DO, le principal prescripteur de la mammographie de dépistage reste le gynécologue (73,4 %), tandis que dans les départements avec DO, la mammographie de dépistage est plus souvent réalisée suite d'une invitation dans le cadre de la campagne organisée (48,5 %), la prescription par le gynécologue étant de 40,1 %. La proportion des mammographies réalisées dans le cadre d'un DO est plus élevée dans les programmes anciens (50,9 % pour les DO de 1989-1994, 45,5 % pour 1995-1997 et 33 % pour 1998-2000). Enfin, la probabilité de bénéficier d'une mammographie

de dépistage apparaît plus élevée, après ajustement dans un modèle de régression logistique, dans les départements où une campagne organisée de dépistage du cancer du sein est mise en place (OR variant selon les campagnes de 1.45 [IC 95% : 1.28-1.65] à 2.18 [IC 95% : 1.72-2.77].

Tableau 2

Fréquence de la connaissance d'un dépistage organisé en fonction des caractéristiques des femmes résidant dans un département avec dépistage organisé (n = 3896)

| | oui % | non % | ne sait pas % |
|--|----------|----------|------------------|
| Echantillon | 76,8 | 6,3 | 16,8 |
| Origine père* | | | |
| France | 80,0 | 5,8 | 14,2 |
| Pays latins | 70,2 | 7,6 | 22,1 |
| Afrique du Nord | 51,2 | 9,0 | 39,8 |
| Autres | 65,3 | 9,3 | 25,5 |
| Diplôme* | | | |
| Aucun-CEP | 73,7 | 7,5 | 18,8 |
| CAP, BEP... | 76,7 | 6,1 | 17,2 |
| Bac et plus | 82,6 | 4,6 | 12,8 |
| Situation familiale* | | | |
| Célibataire | 74,9 | 8,4 | 16,7 |
| Mariée | 78,7 | 5,8 | 15,5 |
| Veuve-divorcée | 71,6 | 7,3 | 21,0 |
| Frottis de col utérin* | | | |
| Jamais | 52,9 | 16,5 | 30,6 |
| Plus de trois ans | 76,1 | 7,0 | 16,8 |
| Moins de trois ans | 78,1 | 5,6 | 16,3 |
| Ne sait pas | 58,6 | 12,1 | 29,3 |
| Autopalpation des seins** | | | |
| Oui | 78,9 | 6,1 | 15,1 |
| Non | 75,1 | 6,6 | 18,3 |
| Traitemen hormonal substitutif* | | | |
| Oui | 80,3 | 5,2 | 14,5 |
| Non | 75,4 | 6,7 | 17,9 |
| Campagne de DO* | | | |
| DO 1989-1994 | 72,7 | 8,2 | 19,1 |
| DO 1995-1997 | 83,2 | 4,6 | 12,2 |
| DO 1998-2000 | 71,7 | 4,5 | 23,8 |

* p < 0,001

** p < 0,05

DISCUSSION

Cette étude repose sur un échantillon de femmes, volontaires, examinées dans le cadre d'un examen périodique de santé, proposé aux assurées et ayant-droits du régime général de l'Assurance maladie. Il n'est pas représentatif de la population générale. Dans le cadre de cette étude, nous n'avons pas comptabilisé les refus de participation ; l'expérience d'études faites dans ce type d'enquête indique en général un faible taux de refus parmi les consultants.

La comparaison des deux groupes fait apparaître des différences de certaines caractéristiques socioculturelles, modérées, traduisant des différences de recrutement entre les CES. Les observations de cette étude sont que la présence d'une campagne de DO dans le département est associée à une plus grande fréquence de mammographies de dépistage chez les femmes de 50 à 69 ans, quelle que soit l'ancienneté de sa mise en place. Ces résultats confirment les observations faites par A. Lacour et coll [3] dans leur enquête menée en population entre 1993 et 1994 : le taux de couverture mammographique (pourcentage de femmes ayant eu une mammographie au cours des trois années précédant l'enquête) variait de 57 % à 78 % dans les départements avec DO alors qu'il était de 48 % dans le

Tableau 3

Surveillance mammographique selon l'existence ou non d'une campagne de dépistage organisé

| Département | Mammographie récente | | Mammographie de plus de trois ans | | Pas de mammographie | |
|---------------------------|----------------------|------|-----------------------------------|------|---------------------|------|
| | Dépistage | | Diagnostic ou suivi | | N | % |
| | N | % | N | % | N | % |
| sans DO (4 814 femmes) | 2 892 | 60,1 | 965 | 20,0 | 599 | 12,4 |
| avec DO (3 896 femmes) | 2 783 | 71,4 | 702 | 18,0 | 274 | 7,0 |
| | | | | | 137 | 3,5 |

département témoin sans DO. Ces différences de couverture entre les départements, bien que notre étude soit transversale, suggèrent globalement un effet des campagnes de dépistage sur les pratiques de la mammographie.

La situation actuelle fait coexister deux types de pratique, le dépistage organisé et le dépistage individuel. Les taux de participation du dépistage organisé en France ne dépassent pas en moyenne 40 % [4]. Ces deux constatations pourraient expliquer que les différences observées ne soient pas plus marquées entre les départements avec ou sans DO.

La connaissance d'une campagne de dépistage organisé du cancer du sein dans ces départements est de 77 %, ce qui peut apparaître satisfaisant. Toutefois, les classes sociales les moins favorisées (origine étrangère du père, peu diplômées, chômeurs...) ont moins souvent connaissance de l'existence d'une campagne de DO. Les campagnes d'information autour du DO qui s'adressent aux femmes concernées ou aux médecins ne semblent pas atteindre l'ensemble de la population cible.

CONCLUSION

On observe dans cette étude une bonne connaissance du dépistage organisé du cancer du sein dans les départements où sont mis en place ces campagnes et une meilleure surveillance mammographique que dans les départements où le DO n'existe pas encore. L'insuffisance de connaissance du dépistage organisé des classes sociales défavorisées mériterait qu'un effort de communication vers ces populations soit développé avec des outils adaptés et le soutien des professionnels de santé afin de permettre une plus grande couverture de la population cible par le dépistage organisé du cancer du sein.

REMERCIEMENTS

Nous remercions pour leur participation les médecins et le personnel des Centres d'exams de santé ayant contribué à cette étude : Paris, Melun, Villenoy, Cambrai, Douai, Roubaix, Tourcoing, Valenciennes, Amiens, Metz, Reims, Nancy, Verdun, Longwy, St Dizier, Strasbourg, Colmar, Sélestat, Mulhouse, Belfort, Rennes, La Roche/Yon, St Brieuc, Caen, St Nazaire, Angers, Cholet, Laval, Alençon, Le Mans, Le Havre, Tours, Angouleme, Tulle, Chartres, Guéret, Châteauroux, Blois, Orléans, Niort, Poitiers, Limoges, Bourg en Bresse, Moulins, Dijon, Grenoble, Roanne, St Etienne, Clermont-Ferrand, Lyon, Chalons sur Saône, Auxerre, Nice, Marseille, Toulon, Nîmes, Avignon, Bollène, Bordeaux, Cenon, Périgueux, Cahors, Agen, Pau, Tarbes, Albi, Castres, Marie-Galante, Abymes et Basse-Terre.

RÉFÉRENCES

- [1] Kerkilowske K, Grady D, Ruban SM, Sandrock C, Ernster V. Efficacy of screening mammographic. a meta analysis. JAMA 1995; 273:149-54.
- [2] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Le dépistage du cancer du sein par mammographie dans la population générale. Paris : Anaes ; 1999.
- [3] Lacour A, Mamelle N, Arnold F, Bazin B, Bohec C, Bregeault A et al. Les programmes de dépistage de masse du cancer du sein en France. Evaluation comparative. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1997 ; 26 : 470-83.
- [4] Ancelle Park R, Nicolau J. Evaluation du programme national de dépistage organisé du cancer du sein : résultats 1999. BEH 2001 ; 27 : 127-9.
- [5] Schaffer P, Wait S. Dépistage systématique du cancer du sein. Concours méd 2001 ; 123-29 :1927-31.

Facteurs sociaux de l'absence de participation aux campagnes de dépistage organisé du cancer du sein

Fernando Bertolotto¹, Michel Joubert¹, Monique Leroux¹, Smeralda Ruspoli¹, Rosemary Ancelle-Park², Christine Jestin³, Nicole Albi⁴, Hélène Sancho-Garnier⁵

¹ Recherches et évaluations sociologiques sur le social, la santé et les actions communautaires, Paris ; ² Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice ;

³ Direction générale de la santé, actuellement Direction des hôpitaux et de l'organisation des soins, Paris ;

⁴ Ligue nationale contre le cancer, Paris ; ⁵ Epidaure, Centre de lutte contre le cancer, Montpellier

INTRODUCTION

Un programme de dépistage organisé du cancer du sein a été mis en place par la Direction générale de la santé (DGS) en 1994. Les résultats de l'évaluation ont montré que la participation à ce programme était insuffisante. Une étude des facteurs sociaux impliqués dans la non participation de la population des femmes de 50 à 69 ans au dépistage organisé du cancer du sein a été recommandée par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) en 1997 [1] et mise en place entre 1998 par la DGS et la Ligue nationale contre le cancer (LNCC) qui ont confié l'étude à l'association Recherches et évaluations sociologiques sur le social, la santé et les actions communautaires (RESSCOM).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Quatre des départements ayant effectué une campagne systématique de dépistage ont été sélectionnés à partir de la variation des taux de participation, de l'ancienneté du programme et du degré d'urbanisation : Allier, Loire, Rhône, Val-d'Oise. Des sociologues ont mené des entretiens directs auprès des femmes de 50 à 69 ans n'ayant pas effectué de dépistage dans le cadre de la dernière campagne.

L'échantillon a été constitué, avec l'accord de la CNIL, sur la base des fichiers des différentes caisses d'assurance maladie des femmes invitées de 1995 à 1997 et non-participantes. Un tirage au sort ($n = 2000$) a été effectué dans les sous-fichiers de femmes de 50 à 59 ans et de 60 à 69 ans, eux-mêmes subdivisés en milieu rural et milieu urbain. Un courrier à en-tête des structures départementales a été envoyé à chaque femme qui pouvaient refuser de participer (coupon-réponse).

Après ajustement du fichier de l'échantillon (personnes n'habitant plus à l'adresse indiquée, refus de participer et numéro de téléphone non identifié), 842 femmes ont pu être effectivement sollicitées pour des entretiens téléphoniques. Un total de 6 % avait, en fait, participé à la dernière campagne, 54,9 % ont refusé et seulement 39 % ont accepté de participer. Parmi elles, 40 % n'avaient jamais été dépistées et 60 % avaient été dépistées hors campagne (tableau 1).

Deux degrés d'approfondissement ont été possibles : l'obtention des informations de base et des raisons données à l'absence de participation (première partie du guide d'entretien), puis pour celles qui ont accepté d'approfondir l'entretien ($n = 223$) une investigation plus poussée sur les représentations et les comportements. Parmi ces dernières, la possibilité d'un entretien en vis-à-vis a été proposée et 23 entretiens ont été réalisés dans ce cadre (guide intégrant la compréhension des trajectoires, du style de vie et du rapport à la santé).

Pour l'analyse quantitative, un recodage des réponses apportées a été effectué lors des entretiens téléphoniques ; la signification statistique a été évaluée à partir des calculs effectués sous Moda Lisa™ du χ^2 et du pourcentage de l'écart maximum.

Des analyses factorielles des correspondances ont également été effectuées à partir des variables : activité, âge, situation matrimoniale, rural-urbain, degré d'information à l'égard de la campagne, niveau d'études, fréquentation d'un gynécologue, représentation du cancer, raisons données à l'absence de participation.

Ce travail a pris en compte une série de variables relatives aux représentations et aux comportements de la population concernée suite à l'analyse de la littérature spécialisée sur la question, [2 à 8] et à la lumière des travaux sur l'accès aux soins et à la prévention, développés par Resscom [9]. Les variables ainsi retenues sont : appréhension psycho-culturelle à l'égard de l'examen mammographique à partir d'un certain âge (rapport au corps et à la maladie), cancérophobie, différenciation sociale du rapport au dépistage (rapport au temps, problèmes d'accès aux soins, isolement social, gestion individuelle contre contrôle sanitaire des questions intimes).

PRINCIPAUX CONSTATS

Les femmes qui ne participent pas aux campagnes de dépistage organisé ont été caractérisées en combinant les données quantitative et qualitative ; plusieurs profils psychosociologiques ont été dégagés.

L'enquête a d'abord permis de vérifier l'importance :

1 - des facteurs structurels relatifs à la perception de l'organisation et du mode de mise en œuvre des campagnes. Pour les femmes de milieux sociaux favorisés, la réalisation de la campagne à l'échelle du département, en liaison avec les Conseils généraux contribue à lui affecter un coefficient « social » (dispositif réservé à des personnes ayant des problèmes de suivi ou des difficultés sociales). Plus largement, le caractère « organisé » du dépistage va de pair avec un sentiment de moindre qualité. Enfin, l'approche qualitative fait apparaître que les problèmes qui conduisent à accentuer les difficultés d'accès aux soins (autres priorités, recours vécus comme complexes ou intrusifs) se retrouvent avec le dépistage organisé ;

2 - de l'expérience personnelle que les femmes concernées ont de la médecine et de ses institutions (pour elles-mêmes et/ou leurs proches) : quand elle est critique ou traumatique, elle peut déterminer négativement leur position à l'égard d'un dispositif de dépistage organisé fortement médicalisé ;

3 - du rôle tampon de la médecine générale de ville qui apparaît, dans le discours de la plupart de ces femmes ne participant pas aux campagnes, comme un obstacle à l'engagement dans ce mode de dépistage public du cancer du sein : quelle que soit leur position sociale ou géographique, les médecins généralistes sont rarement associés au processus de dépistage, qu'il s'agisse de la prise en compte de la démarche (contrairement aux gynécologues) ou d'un positionnement éducatif et incitatif ;

Tableau 1

Statut vis-à-vis du dépistage des femmes sollicitées au cours de l'enquête téléphonique

| Statut vis-à-vis du dépistage | Lieu de résidence | Tranche d'âge | | | | Départements 03 = Allier; 42 = Loire; 69 = Rhône; 95=Val d'Oise | | | | Total (%) |
|-------------------------------|-------------------|---------------|------------|------------|------------|---|------------|------------|------------|--------------------|
| | | Rural | Urbain | <60 | ≥60 | 03 | 42 | 69 | 95 | |
| Non dépistées | | 74 | 57 | 41 | 90 | 33 | 48 | 23 | 27 | 131 (15,5 %) |
| Dépistage hors campagne | | 81 | 117 | 113 | 85 | 53 | 64 | 49 | 32 | 198 (23,5 %) |
| Dépistage dernière campagne | | 19 | 32 | 21 | 30 | 8 | 5 | 12 | 26 | 51 (6,1 %) |
| Refus, non réponses | | 157 | 205 | 227 | 235 | 178 | 59 | 105 | 120 | 462 (54,9 %) |
| Total | | 331 | 511 | 402 | 440 | 272 | 176 | 189 | 205 | 842 (100 %) |

4 - de la « précarité » comme facteur associé à la distance entretenue par une partie des femmes aux dispositifs de prévention en général, et de dépistage organisé en particulier (femmes ne consultant pas un gynécologue) ;

5 - de l'orientation d'une partie des femmes plus fortement inscrites dans le système de santé libéral, à effectuer des dépistages hors campagnes, sous contrôle de professionnels connus en lesquels ils ont une totale confiance.

Il ressort de l'analyse deux profils types de femmes qui, pour des raisons sociales et culturelles, ne participent pas aux campagnes de dépistage organisé :

les plus favorisées socialement (qualifiées ici de « **maîtresses de leur destinée** » en matière de santé) d'un côté et les plus défavorisées (qualifiées ici de « **vulnérables** ») de l'autre. Comme dans toute typologie, il s'agit ici de « pôles » qui permettent de comprendre tout un ensemble de situations intermédiaires.

La femme « vulnérable »

Elle a plus de 65 ans et connaît une situation de vulnérabilité (sociale, économique, identitaire...). Elle habite en milieu rural ou dans des quartiers d'habitat social en périphérie des grandes villes. Elle a une vision plutôt fataliste et pragmatique des maladies. Lorsqu'elle est entourée socialement (par ses filles notamment), elle est encouragée à s'occuper de sa santé. Mais elle n'a pas bien identifié ni compris le sens du courrier l'invitant à participer à la campagne de dépistage (ne se sent pas concernnée). Elle n'a jamais été dépistée ou alors l'a été depuis plus de quatre ans ; cet acte n'a pour elle aucun sens préventif (dépistée sans le savoir, ou acte vécu comme « imposé » par les institutions : « si je n'allais pas peut être qu'ils allaient arrêter l'aide qu'ils me donnent pour vivre », « si je suis à 100 % et je ne vais pas à ces examens, la SS pourrait me faire des problèmes »). Elle ne fréquente pas un gynécologue mais fréquente régulièrement un médecin généraliste qui ne semble pas avoir une attitude entreprenante à l'égard du dépistage du cancer du sein, ni ne l'encourage à participer aux campagnes de dépistage. Elle a une expérience souvent traumatisante de la médecine institutionnelle. Lorsqu'elle est insatisfaite des services de soins, elle les contourne plutôt qu'elle ne les affronte (médecines parallèles ou changement de filières). Elle connaît souvent des femmes proches qui ont eu un cancer du sein mais, si elle a peur du cancer, elle pense que la médecine peut le guérir dès qu'il se manifeste par des signes clairement détectables par elle (douleurs, masse anormale, fatigue inexpliquée, perte de poids...).

La femme « maîtresse de son destin »

Elle a moins de 60 ans, ne présente pas de situation objective de vulnérabilité (sociale, économique, identitaire...). Elle habite en milieu urbain, a intégré les routines préventives de type médical dans sa vie quotidienne (autopalpation des seins, vaccins à jour, soins dentaires, suivi gynécologique...). Elle a peur du cancer et des maladies en général, ainsi que de la souffrance qui les accompagne. Elle connaît les enjeux du dépistage du cancer du sein et les campagnes grâce aux médias et a bien connaissance de l'invitation reçue par courrier. Elle pense que les campagnes de dépistage sont une bonne chose pour les femmes de condition sociale inférieure à la sienne. Elle a été dépistée hors campagne par souci de « qualité », ou a « choisi » de ne pas se faire dépister après évaluation du rapport coût/bénéfice du dépistage (intégrant des critères scientifiques et de qualité de vie). Elle a souvent recours à l'automédication et aux médecines douces. Elle fréquente régulièrement un médecin généraliste socialement proche ainsi qu'une gynécologue en qui elle a « entière confiance », et qui se charge des dépistages, dont celui du cancer du sein. Elle a une relation très exigeante et critique à l'égard de la médecine institutionnelle. Lorsqu'elle est insatisfaite des services de soins, elle les affronte, sélectionne les filières de prise en charge et négocie les conditions de leur utilisation.

RECOMMANDATIONS SUSCEPTIBLES D'AMÉLIORER LA PARTICIPATION DES FEMMES AUX CAMPAGNES DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Pour les faire changer d'attitude à l'égard des campagnes de dépistage organisé, malgré les contrastes et la variabilité des situations rencontrées, quatre axes de réflexion ont été dégagés susceptibles d'aider à reformuler les termes de la relation avec ces femmes.

Reconsidérer les bases de la relation de dépistage organisé

Pour qu'elles acceptent d'entrer dans le jeu du dépistage, vécu comme relativement contraignant, et dont elles ne sont pas certaines de sortir « gagnantes » (peur d'un dépistage positif), les bases de leur lien avec l'institution médicale doivent être prises en compte. Les stratégies de communication pourraient être évaluées à partir des trois principes organisateurs du lien social que sont la confiance, l'intérêt commun et la réciprocité [12]. Il faut s'interroger, à chaque fois, sur ce qu'un programme de dépistage peut offrir à ces femmes sur ces trois registres : leur fait-on suffisamment confiance, y compris lorsqu'elles choisissent de renoncer au dépistage ? Quelle est la base d'intérêt commun entre elles et le complexe biomédical propre au champ du cancer ? Quelle place leur accorde-t-on dans les processus décisionnels qui définissent les campagnes de dépistage organisé ?

Mettre en valeur la qualité des programmes de dépistage dans une stratégie d'alliance objective avec les femmes

Valoriser les conditions d'accomplissement d'un « bon » dépistage, pour qu'elles s'approprient et intègrent les modalités pratiques des programmes, en définissant des stratégies de communication permettant de « faire alliance » avec les promoteurs et les professionnels. Par exemple, en faisant mieux connaître le cahier de charges des campagnes de dépistage publiques pour que les femmes puissent avoir une même exigence de qualité partout où elles se font suivre.

Développer une stratégie d'alliance avec les relais de proximité, et notamment avec les filles des femmes ciblées et les médecins généralistes

Adapter le dispositif de dépistage organisé à une logique de proximité tenant compte des spécificités de ces femmes (notamment pour les plus vulnérables), afin de les accompagner lorsqu'elles ne sont pas en capacité (physique, psychologique ou sociale) d'affronter les risques du dépistage. Dans cette perspective, deux axes principaux sont apparus :

- le rôle de l'entourage familial, et notamment des filles des femmes ciblées par les campagnes de dépistage (conseil, soutien, accompagnement) ;
- la sensibilisation et la mobilisation des médecins généralistes : la relation du médecin à la prévention semble souvent directement en cause.

Adapter les supports de communication aux dispositions des différentes catégories de femmes

Qu'il s'agisse des images, de la charte graphique ou du support écrit - quelquefois considérés comme inaccessibles ou rejetés par certaines femmes, ayant un référentiel culturel marqué (femmes migrantes ou femmes très pudiques, femmes illétrées ou analphabètes) ou des capacités physiques diminuées (mal voyantes notamment) – il est indispensable de trouver des formes plus adaptées de communication.

RÉFÉRENCES

- [1] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Le dépistage du cancer du sein par mammographie dans la population générale. Etude d'évaluation technologique. Paris : ANAES, 1999.
- [2] Boissonnat V, Dépistage du cancer du sein. Pratiques médicales et politiques publiques, sd., Inserm - U158.
- [3] Careps, Evaluation de la campagne départementale de dépistage du cancer du sein, Conseil général du Rhône, juillet 1995.
- [4] Fontaine D, Pépin P, Évaluation de la première campagne de dépistage du cancer du sein, Val d'Oise 1991-1994, ORS, IDF, Décembre 1995.
- [5] Eisinger F, Moatti J-P, Beja V, Obadia Y, Alias F, Dressen C, Attitudes de la population féminine française face au dépistage du cancer, Bull. Cancer, 1994, 81, pp. 683-90.
- [6] Green L-W, Roberts B-J, The research literature on why women delay in seeking medical care for breast symptoms, Health Educ Monog, 1974, 2, 129-177.
- [7] Hobbs P, Smith A, David George W, Sellwood R-A, Acceptors and rejectors of an invitation to undergo breast screening compared with those who referred themselves, in Journal of epidemiology and community health, 1980, n° 34, 19-22.
- [8] Maclean U, Sinfield D, Klein S, Harnden B, Women who decline breast screening, in Journal of epidemiology and community health, 1984, n° 38, 278-283.
- [9] Joubert M, Crise du lien social et fragmentation de l'accès aux soins, Prévenir, 1995, n° 27, 93-104.

Connaissances, opinions et comportements des médecins généralistes et des gynécologues vis-à-vis du dépistage organisé : analyse d'une enquête par sondage

Hélène Sancho-Garnier^{1,2}, Karine Gallopel³ et le groupe de pilotage de la Ligue nationale contre le cancer⁴

¹Epidure, Centre de lutte contre le cancer, Montpellier ; ²Ligue nationale contre le cancer, Paris ;

³Institut de gestion de Rennes, Université de Rennes ; ⁴Voir fin de l'article

INTRODUCTION

Une enquête sur les facteurs influençant la participation des femmes au dépistage organisé (voir fin de l'article page 24), a montré qu'une des raisons majeures évoquées par les non participantes était l'absence d'engagement des médecins de ville (généralistes et gynécologues) dans ces interventions. Pour mieux connaître ce problème, la Direction générale de la santé (DGS) et la Ligue nationale contre le cancer (LNCC) ont décidé de réaliser un sondage auprès des médecins afin de faire émerger des pistes possibles pour la communication à destination des professionnels dans la perspective d'une généralisation du dépistage du cancer du sein.

MÉTHODE

Un questionnaire constitué à partir d'études préalables réalisées dans certains départements (Nord, Rhône-Alpes) a été créé et confié au printemps 2001 à une agence spécialisée dans les sondages par téléphone.

Un échantillon de 1 000 médecins généralistes dont la moitié exerçait dans des départements où existe un dépistage organisé a été tiré au sort sur la France entière. Un deuxième sondage a impliqué 250 gynécologues libéraux dont 45 % résidaient dans un département avec dépistage organisé. Ces échantillons ont été stratifiés par âge, sexe, mode d'exercice, département et habitat (grandes agglomérations, petites villes et zone rurale).

Les résultats obtenus ont été analysés d'abord par l'agence sur un mode descriptif puis par un groupe de chercheurs en sciences de gestion de l'université de Rennes 1 sur un mode plus analytique.

RÉSULTATS

Analyse descriptive

Connaissance du dépistage organisé (DO)

A l'époque du sondage, pour une part importante de médecins généralistes (42 %), le concept de dépistage organisé (et donc les procédures s'y associant) était encore assez mal connu puisqu'ils considéraient que le dépistage organisé était « la prescription par tous les généralistes d'un test de dépistage aux patients qui remplissent certaines conditions d'âge et d'absence d'antécédents familiaux ». C'est dire que les notions de gratuité, de contrôle de qualité des tests et des examens complémentaires, de recueil d'information, de suivi et d'évaluation permanente étaient ignorées même dans les départements avec dépistage organisé. Cependant, 88 % des généralistes citaient spontanément l'existence de programmes de dépistage organisé, 99 % dans les départements avec DO et 78 % dans les départements sans DO.

Les avantages du dépistage organisé (sur la base d'une liste) sont connus par environ 70 % de généralistes interrogés. Ils citent en premier lieu l'équité, puis le contrôle de qualité des tests et enfin l'intérêt de l'évaluation. En revanche, ils considèrent (à 75 %) que deux inconvénients dominent : le sentiment d'exclusion du généraliste de ces programmes et la lourdeur administrative qui les accompagne. De plus, 40 % d'entre eux associent le dépistage organisé à des soins de moindre qualité par rapport à la prescription individuelle, ceci est particulièrement vrai dans les départements où il n'existe pas encore de programme.

Les craintes des médecins résulteraient donc plus d'une représentation a priori que d'un jugement a posteriori sur la qualité de ces programmes, surtout dans les départements sans DO.

Dans les départements avec DO, les médecins généralistes prescripteurs se déclarent en majorité très satisfaits (30 %) ou plutôt satisfait (56 %) ; 13 % se déclarent plutôt peu satisfait et 1 % pas du tout.

Les gynécologues connaissaient l'existence du dépistage organisé du cancers du sein dans 90 à 98 % des cas (sans DO/avec DO). Avec des avis proches de leurs confrères généralistes, ils citaient comme avantages du DO en premier l'équité, au travers d'une plus grande participation des femmes, ensuite le contrôle de qualité des tests et l'amélioration du suivi, enfin la possibilité d'évaluation (88 %). Les inconvénients les plus cités étaient l'exclusion du spécialiste et la lourdeur administrative (75 %), sans différence entre les départements avec et sans DO, puis la baisse de qualité des soins (65 %). Ainsi les gynécologues s'associent à l'idée que le dépistage organisé est un examen « au rabais ».

Les gynécologues prescripteurs dans les départements avec DO déclaraient être « très satisfaits » du système de dépistage organisé pour respectivement pour 10 % d'entre eux et « plutôt satisfaits » pour 51 %. En revanche, les non satisfaits représentaient 38 % (« plutôt peu satisfait » : 34 % et « pas du tout satisfait » : 4 %).

Pratiques du dépistage organisé

En matière de prescription, 98 % des généralistes prescrivent des mammographies. L'âge moyen de prescription est de 43 ans, avec une fréquence de deux ans. Les généralistes ne considèrent pas qu'il y ait un âge où il faut arrêter de les prescrire. Les jeunes généralistes ont tendance à moins souvent prescrire mammographies avant 50 ans.

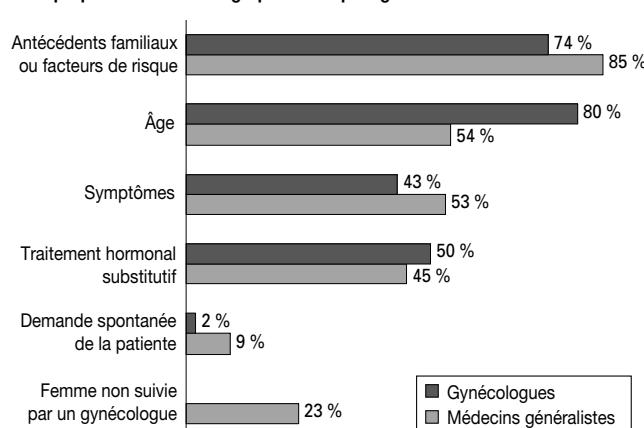
Les motifs de prescription des généralistes sont principalement les antécédents familiaux ou les facteurs de risque (85 %), puis l'âge (54 %) et les symptômes (53 %) (figure 1). Les principales raisons de non-prescription du dépistage pour la dernière patiente de plus de 50 ans vue en consultation étaient : la patiente était déjà suivie (46 %), elle n'avait pas de facteurs de risque (31 %), c'est une patiente récente vue rarement (21 %). Enfin, plus de 7 médecins sur 10 recommandent l'autopalpation à toutes leurs patientes, cette recommandation est corrélée avec la prescription de mammographie de dépistage.

Dans les départements avec DO, 1/3 seulement des généralistes adressent toutes leurs consultantes au programme, 44 % en adressent certaines et 21 % n'en adressent aucune. Cette pratique est fortement corrélée au jugement porté sur le système : plus le jugement porté est positif, plus forte est leur propension à y adresser des patientes.

Figure 1

Raisons de prescription des mammographies de dépistage, selon le type de praticien : gynécologue ou médecin généraliste

Question : Quels sont, parmi les éléments suivants, ceux qui vous incitent le plus souvent à proposer une mammographie de dépistage ?



Dans 78 % des cas les gynécologues proposent la mammographie tous les deux ans entre 40 et 44 ans (âge moyen : 41 ans) ; ce pourcentage atteint 94 % chez les médecins femmes. Ils pensent que la « double lecture » est souhaitable (86 %), car ils se considèrent comme le deuxième lecteur. Les motifs de prescription des gynécologues sont, pour 80 %, l'âge, puis les antécédents familiaux (74 %) (figure 1). Les symptômes sont cités par 43 % des gynécologues. Enfin, à l'époque du sondage, 70 % recommandaient l'autopalpation.

Dans les départements avec DO, seulement 10 % des gynécologues adressaient toutes leurs patientes au programme, 53 % en adressaient certaines et 36 % aucune.

Enfin 2/3 de tous les médecins enquêtés étaient demandeurs de plus d'information plutôt sous la forme de formation continue.

Analyse complémentaire

Il n'existe pas de différence significative sur les avantages et les inconvénients perçus à l'égard du dépistage selon le sexe, l'âge des médecins et le type d'exercice médical (généraliste ou gynécologue).

L'analyse multivariée des caractéristiques qui modèrent les attitudes et les comportements vis-à-vis du dépistage confirme l'analyse descriptive : les généralistes considèrent comme principal inconvénient les lourdeurs administratives, suivi de près par le sentiment d'exclusion ; cette tendance est identique chez les gynécologues.

En ce qui concerne les prescriptions, nous retrouvons en premier lieu une différence marquée entre généralistes et gynécologues vis-à-vis de l'incitation à participer au programme organisé et, en second lieu, le rôle du sexe, les femmes étant plus prescriptrices que les hommes.

CONCLUSION

En terme de communication, ces enquêtes nous permettent de formuler quelques réflexions.

Les médecins et les spécialistes gardent une position vis-à-vis de la maladie attentiste et curative. Il est donc nécessaire de les sensibiliser davantage à la médecine préventive. Au vu des différences entre généralistes et spécialistes, il paraît important de segmenter la communication en fonction des médecins auxquels on s'adresse. En ce qui concerne les gynécologues, le message central doit être basé sur la valeur ajoutée de qualité qu'apporte l'organisation du dépistage, sans pour cela perturber leur rapport avec les patientes. Pour les généralistes il s'agira davantage de les responsabiliser et de les valoriser sans les « obliger ».

Enfin, les supports de communication devront être en grande partie traditionnels : presse spécialisée, chaînes télévisées thématiques, contact personnalisé et garder le site web pour prendre et garder le contact avec la cible. Les actions événementielles jouent un rôle important dans la communication médicale, avec une influence forte des leaders qui doivent être utilisés dans des conférences et des séminaires avec retentissement dans les médias spécialisés.

⁴ Composition du groupe de pilotage

Cnamts : Dr François Baudier, Dr Nicole Bertin, Martine Guionet ; CPAM de Sélestat (Bas-Rhin) : Michèle Herault ; DGS : Dr Juliette Bloch, Tiphaine Canarelli ; Ligue nationale contre le cancer : Pr Hélène Sancho-Garnier, - Michèle Maignien, Claudine Lejeune- Institut de veille sanitaire : Dr Rosemary Ancelle-Park ; Médecins coordinateurs de programme : Dr Brigitte Cockenpot, ADCSN-Nord, Dr Christophe Debeugny, APSVO-Ardepass, Seine-Saint-Denis, Dr Anne Garnier, ODLC-Isère

La communication pour le dépistage organisé du cancer du sein : avis de femmes

Hélène Sancho-Garnier¹, Michel Maignien², Alain Mergier³ et le Groupe de pilotage de la Ligue nationale contre le cancer (LNCC)⁴

¹Epidaure, Centre de lutte contre le cancer, Montpellier ; ²Ligue nationale contre le cancer, Paris ;

³Alain Mergier Consultants, Montreuil ; ⁴Voir fin de l'article

INTRODUCTION

Pour que la mise en place d'un programme de dépistage entraîne une amélioration de la santé de la population, il faut que toute la population qui peut en attendre un bénéfice y participe régulièrement. Si le dépistage n'est réalisé que sur une partie de cette population, l'effet bénéfique sera diminué. Si, de plus, ce sont les tranches de population dans lesquelles les cancers sont les plus fréquents qui ne participent pas, l'effet global peut apparaître nul.

Afin d'obtenir une participation volontaire massive, il est nécessaire de fournir à la population concernée une information compréhensible et pertinente sur les bénéfices attendus et les contraintes et nocivités éventuelles de cette action. Il est important d'obtenir une coordination de tous les partenaires autour d'un message unique, simple mais complet et honnête, c'est-à-dire sans « sur-promesse ». Il faut aussi réussir à normaliser l'acte : se faire dépister n'implique pas qu'on va avoir un cancer. Enfin il faut sensibiliser en particulier les femmes les moins préoccupées par leur santé sans angoisser les autres. Dans le cadre du groupe de travail sur le dépistage de la Ligue nationale contre le cancer (LNCC), un support de communication a été élaboré basé sur ces principes.

Cet article présente la synthèse de l'étude réalisée par la Ligue nationale contre le cancer sur la communication dans les programmes de dépistage organisé du cancer du sein. Il présente aussi le travail effectué pour la mise en place d'un nouveau support de communication.

MÉTHODE

Le travail du groupe a commencé fin 1999 et s'est déroulé en quatre étapes :

- analyse sémiologique des documents de communication réalisés par 28 départements ayant organisé un dépistage des cancers du sein ;

- enquêtes auprès des destinataires de la communication par la méthode du puzzle : un ensemble d'éléments visuels et textuels réalisés en se servant des supports et des typologies précédents ont été proposés à quatre groupes de 12 femmes de 50 à 59 ans et de 60 à 70 ans, habitant soit à Paris, soit en milieu rural ;
- réalisation de nouveaux supports à partir des avis de ces groupes et re-soumission des supports à d'autres groupes féminins de même composition ;
- finalisation des outils par une agence et les membres du comité de la LNCC.

CONSTAT

• ANALYSE SÉMIOLOGIQUE DES DOCUMENTS DE COMMUNICATION RÉALISÉS PAR 28 DÉPARTEMENTS : AFFICHES, ANNONCES, DÉPLIANTS ET LETTRES DE « CONVOCATION » OU D'INVITATION

L'étude de ces documents a montré une grande hétérogénéité et a conduit à distinguer trois grands types de communication.

Communication centrée sur l'obligation

Dans ce premier type de communication, l'accent est mis :

- soit sur une dimension administrative de la démarche : les femmes sont « enjointes de se soumettre » par voie de convocation type conscription ;

- soit sur une dynamique collective de type santé publique : le bénéfice est exprimé en termes statistiques au profit d'une « grande cause » citoyenne ;

- soit sur une légitimité de type moralisateur. La communication se fait sur le mode du devoir et de la culpabilisation.

Communication centrée sur l'acte de dépistage lui-même

Dans ce deuxième type, la communication est neutre. Elle délivre une description technique et scientifique des faits, des bénéfices et des risques. Elle laisse la décision de participation aux femmes considérées alors comme « bien informées » et libres de leur choix.

Communication centrée sur les femmes

Dans ce troisième type, la communication s'appuie :

- soit sur une relation de proximité avec les individus, de type protecteur, et l'action est bénéfique à tout coup. C'est une communication rassurante, parfois même trop. Le mot cancer peut ne pas être utilisé et le dépistage peut être quasi absent du discours ;

- soit sur le lobbying des femmes, des femmes convaincues et volontaires "recrutent" les autres femmes. La femme est représentée à travers une femme exemplaire et prescriptive.

• ENQUÊTE AUPRÈS DES DESTINATAIRES DE LA COMMUNICATION

L'analyse de ces entretiens a permis d'identifier différents éléments utiles à l'élaboration des outils de communication.

Eléments entraînant un processus de négation et donc d'évitement

Le cancer du sein est associé à la mort, à l'idée d'un traitement mutilant, pénible, entraînant la perte des cheveux, la douleur, la perte de la féminité.

Le cancer du sein est aussi vécu comme une confrontation : « *On est confrontée au cancer du sein plutôt qu'exposée. Exposée c'est fataliste, dans confrontée il y a l'idée de la lutte* ».

L'information sur les cancers du sein et le dépistage est généralement incomplète voire fausse. Les femmes ignorent que la palpation n'est pas un moyen suffisant de dépistage. Elles ne conçoivent pas l'idée qu'une maladie puisse se développer sans aucun signe : « *C'est très important de dire ces deux choses que le cancer n'est pas douloureux et qu'il n'est pas palpable, en fait, on est malade sans le savoir* ».

Ainsi le cancer du sein est présent à l'esprit de l'ensemble des femmes rencontrées, mais ces femmes déplacent des stratégies pour ne pas y penser, stratégies d'évitement qui marchent d'autant mieux que ces femmes sont partiellement informées.

Enfin de nombreux doutes concernant l'âge du dépistage sont exprimés : « *Je ne crois pas à l'influence de la ménopause sur le cancer du sein. Je connais des jeunes femmes atteintes* ».

Eléments rassurants à développer

La notion de guérison : « *Ca remonte le moral de parler de guérison si c'est pris à temps* ».

La simplicité et la gratuité de la démarche à condition qu'elle n'entraîne pas dans un engrenage médical et qu'elle permette de conserver sa féminité : « *Il faut dire que, grâce au dépistage, les traitements sont moins lourds et moins mutilants* ».

Eléments à propos de l'information

Elle doit être compréhensible, juste et utile. Elle doit éviter les chiffres, les détails techniques, la solitude dans l'image : « *Comparer des chiffres, avancer des calculs et des statistiques, c'est compliqué et pas incitatif. Il ne faut pas parler d'examens complémentaires. C'est évident que s'il y a un problème, on ne va pas nous laisser là à attendre, mais cela n'apporte pas grand chose de le dire* ». « *Pourquoi montrer des femmes seules ! Ce n'est pas parce que l'on a 60 ans que notre mari ou nos enfants n'ont plus rien à voir avec notre vie, au contraire !* ».

• RÉALISATION DE NOUVEAUX SUPPORTS : L'ART D'UTILISER L'INFORMATION

A partir de ces analyses le groupe a conçu de nouveaux outils (affiche, livret à diffuser) en se basant sur les principes suivants.

Lever les freins aux changements de comportements

Déstabiliser le système de dénégation en communiquant sur les notions d'absence de signes et d'insuffisance de la palpation et donner des informations permettant aux femmes de se rassurer c'est-à-dire de se re-stabiliser psychologiquement sans avoir à mettre en place un processus de dénégation : nous avons fondé l'accroche principale de nos outils sur la gêne causée par l'absence de symptôme contrebalancée par le bénéfice possible du dépistage.

Eviter ce qui inquiète ou irrite

Le sein n'a pas été évoqué comme un organe, mais comme un symbole de féminité.

Les femmes n'ont pas été interpellées par classes d'âge mais selon un continuum de prise en charge de leur santé. Les chiffres et les statistiques n'ont pas été utilisés. L'aspect technique de l'examen n'a pas été longuement décrit.

L'information sur les suites éventuelles n'est donnée qu'en cas de lésions observées à la mammographie.

Utiliser les contextes rassurants et souligner les bénéfices potentiels

Dans la majorité des cas la mammographie est normale, c'est rassurant. Eventuellement, si le cancer est présent, cela donne de meilleures chances de guérison et de traitement moins mutilant.

Les femmes ont été mises en scène dans leur environnement affectif quotidien et non pas seule ou isolée.

La gratuité a été soulignée.

Donner l'information complète, y compris sur les nuisances : faux négatifs, faux positifs...

• REÇUEIL DE L'AVIS D'AUTRES GROUPES FÉMININS ET FINALISATION DES NOUVEAUX SUPPORTS DE COMMUNICATION

Les affiches et brochures

Six nouveaux supports ont été présentés aux femmes précédemment interrogées et leurs réactions ont été dans l'ensemble positives.

Elles ont considéré la brochure attractive (couleur et photos), les textes clairs, globalement impliquant et labellisés ce qui conforte la validité des messages.

Elles ont aimé la phrase « ce n'est pas parce que vous ne sentez rien que vous n'avez rien » qui leur apparaît claire, pertinente et incitative ; « aidez-nous à vous protéger » évoque bien le partenariat et le volontarisme indispensable.

Le document final (affiche et brochure) a donc été réalisé en combinant les six projets proposés selon les remarques faites et l'opinion du groupe de travail.

Le guide de communication

Outre ces outils, le groupe a élaboré un guide de communication qui permet à chaque structure de gestion départementale d'établir une stratégie personnalisée tout en diffusant les mêmes messages selon une typologie homogène.

La communication est centrée sur les femmes ; elle préconise une dynamique collective, incluant l'action d'associations féminines après formation spécifique. Enfin, elle laisse un certain espace décisionnel aux femmes grâce à une information sur les avantages et les inconvénients qui induit un choix.

Le kit

Ces différents outils sont réunis dans un kit de communication réalisé en coopération avec le Ministère de la santé et la Caisse nationale assurance maladie des travailleurs salariés. Ses objectifs sont de mener une communication nationale cohérente et pertinente. Il permet d'élaborer des plans de communication spécifique à chaque région plus rapidement et plus économiquement, tout en gardant une homogénéité nationale afin d'espérer obtenir une plus grande efficacité sur les taux de participation.

Le kit contient les outils décrits ci-dessus sous forme d'un CD-Rom permettant de réaliser affiche, affichette et brochures en y ajoutant le logo de l'association qui se charge de la gestion du programme. Un classeur, où sont réunis les résultats de ce travail, les résultats d'un travail mené par la Direction générale de la santé sur la communication dans les 32 premiers départements ayant un dépistage organisé et des textes sur le dépistage, complète ce kit.

Il a été envoyé aux 101 comités départementaux de la Ligue et aux associations gestionnaires des programmes et peut être demandé à la Ligue nationale contre le cancer.

4 Composition du groupe de pilotage

Cnams : Dr François Baudier, Dr Nicole Bertin, Martine Guionet ; CPAM de Sélestat (Bas-Rhin) : Michèle Herault ; DGS : Dr Juliette Bloch, Tiphaine Canarelli ; Ligue nationale contre le cancer : Pr Hélène Sancho-Garnier, - Michèle Maignien, Claudine Lejeune- Institut de veille sanitaire : Dr Rosemary Ancelle-Park ; Médecins coordinateurs de programme : Dr Brigitte Cockenpot, ADCSN-Nord, Dr Christophe Debeugny, APSVO-Ardepass, Seine-Saint-Denis, Dr Anne Garnier, ODLC-Isère