CAIRN.INFO

DÉPISTAGE ORGANISÉ OU INDIVIDUEL DU CANCER DU SEIN ? ATTITUDES ET REPRÉSENTATIONS DES FEMMES

Julie Kalecinski, Véronique Régnier-Denois, Samiratou Ouédraogo, Tienhan Sandrine Dabakuyo-Yonli, Agnès Dumas, Patrick Arveux et Franck Chauvin

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2015/2 Vol. 27 | pages 213 à 220

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse :

https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-2-page-213.htm

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..
© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - CH Le Vinatier - - 83.145.72.66 - 09/03/2020 13:30 - © S.F.S.P.

Recherche originale

Dépistage organisé ou individuel du cancer du sein ? Attitudes et représentations des femmes

Organized or individual breast cancer screening: what motivates women?

Julie Kalecinski[1], Véronique Régnier-Denois[1], Samiratou Ouédraogo[2, 3], Tienhan Sandrine Dabakuyo-Yonli[3, 4], Agnès Dumas[5], Patrick Arveux[2, 3], Franck Chauvin[1, 6, 7]

Résumé

Objectif : Le programme de dépistage organisé du cancer du sein, proposé aux femmes âgées de 50 à 74 ans, tous les deux ans, est généralisé en France depuis 2004. En parallèle, un dépistage individuel se déroule en dehors de tout cadre institutionnel. Cette étude qualitative avait pour objectif d'identifier les freins et les moteurs à la participation à ces deux types de dépistages.

Méthodes : Étude qualitative menée sous forme d'entretiens semi-directifs par une sociologue. Trois cent quarante-cinq femmes ont été tirées au sort parmi des femmes ayant participé à une précédente étude quantitative. Ces femmes avaient été invitées à participer au dépistage organisé du cancer du sein entre 2010 et 2011 dans 13 départements français.

Résultats : Au total, 48 femmes ont été interviewées sur leur expérience du dépistage individuel ou organisé. Le principal moteur des femmes pour se faire dépister était la peur de la maladie ou la volonté de contrôler leur santé. Vingt-sept femmes ont opté pour le système organisé dans lequel elles ont confiance en raison de la double lecture des résultats. Vingt-et-une femmes ont opté pour le dépistage individuel qu'elles considèrent comme plus fiable que le dépistage organisé, moins anonyme et qui leur permet d'être plus libres de gérer leur santé.

Conclusion : Le gynécologue joue un rôle important dans le choix des femmes qui participent au dépistage individuel. Il pourrait être un acteur décisif dans la promotion du dépistage organisé auprès de ce public.

Mots-clés : Cancer du sein ; Dépistage systématique ; Dépistage individuel ; Facteurs socio-économiques ; Motivation.

Summary

Objective: *The breast cancer screening programme, proposed to all women between 50 and 69 years, consisting of two-view mammography screening every two years, has been generalized in France since 2004. The programme coexists with opportunistic mammography screening, provided outside official frameworks. This qualitative study was designed to identify the pros and cons of these two screening modes.*

Methods: *Three hundred and forty-five women were randomly selected from women who had participated in a previous quantitative study and who were invited to attend for breast cancer screening in 13 French departments between 2010 and 2011. These women were asked to participate in a face-to-face semistructured interview conducted by a sociologist.*

Results: *48 women (17 from deprived areas) were interviewed. All chose to be screened for breast cancer either because they feared cancer, or because they wanted to control their own health. Twenty-seven women chose the organized screening programme, which they considered to be trustworthy, as negative mammograms are double checked by a second radiologist. Twenty-one women preferred individual screening, which they considered to be more reliable, less anonymous and providing them with more liberty to take control of their own health.*

Conclusion: *Gynaecologists play an important role in women's decision to undergo individual breast cancer screening. They also have an important role to play in the promotion of organized breast cancer screening programme with this public.*

Keywords: *Breast cancer; Mass screening; Organized mammography screening; Opportunistic mammography screening; Socioeconomic factors; Motivation.*

[1] Institut de Cancérologie Lucien Neuwirth – Centre Hygée – CIC 1408 INSERM – Saint Priest en Jarez.
[2] Registre des cancers du sein et autres cancers gynécologiques de Côte d'Or – Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Georges-François Leclerc – 1 rue Professeur Marion – 21000 Dijon.
[3] EA 4184 – Faculté de Médecine et de Pharmacie de Dijon – Université de Bourgogne – 7 boulevard Jeanne d'Arc – 21000 Dijon.
[4] Unité de Biostatistiques et de Qualité de vie – Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Georges-François Leclerc – 1 rue Professeur Marion – 21000 Dijon.
[5] Institut de cancérologie Gustave-Roussy – Villejuif – Paris.
[6] Faculté de médecine Jacques Lisfranc – Saint-Étienne.
[7] EMR 37-38 n° 2 – Université Lyon Claude Bernard.

Correspondance : J. Kalecinski
julie.kalecinski@icloire.fr

Réception : 20/10/2014 – *Acceptation :* 19/03/2015

Introduction

En France, on estime à plus de 50 000 le nombre de femmes atteintes d'un cancer du sein en 2010 et à plus de 11 000 le nombre de décès dus à ce cancer par an [1]. Le dépistage par mammographie permet de détecter les cancers à un stade précoce et rend possible la mise en place d'un traitement plus efficace [2]. Un programme de dépistage organisé (DO) du cancer du sein a été généralisé en 2004 à tous les départements français. Dans chaque département, une structure de gestion est en charge d'organiser ce dépistage. Elle envoie une invitation à réaliser une mammographie tous les deux ans à toutes les femmes, âgées de 50 à 74 ans, n'ayant jamais déclaré de cancer du sein. La structure de gestion organise également une seconde lecture centralisée des clichés négatifs par des radiologues formés, permettant ainsi d'augmenter le nombre de cancers détectés [3].

Malgré sa gratuité, le taux de participation au DO en France reste moyen (53,2 %) et en-deçà des objectifs fixés à 70 % par les autorités sanitaires pour diminuer significativement la mortalité liée au cancer du sein [4-6].

Des évaluations ont également montré que la participation au programme de DO est particulièrement insuffisante auprès des femmes économiquement défavorisées [7]. Plusieurs études ont été menées pour comprendre les raisons de la faible participation des femmes issues de milieu socio-économique défavorisé au DO du cancer du sein [8, 9]. Elles montrent que parmi les publics vulnérables, les questions de santé sont jugées moins vitales que les préoccupations du quotidien comme se nourrir ou se loger, et sont donc souvent reléguées au second plan. L'étude FADO a étudié les facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer du sein : les femmes âgées de 50 à 74 ans n'ayant recours à aucun dépistage ont souvent un niveau socio-économique plus bas, un suivi médical irrégulier et se préoccupent peu de leur santé contrairement aux femmes qui ont recours au dépistage individuel [10].

Parallèlement au DO, des mammographies peuvent aussi être prescrites par un médecin en dehors de tout cadre contractuel (pas de double lecture, pas de protocole d'assurance qualité, pas d'évaluation) [11, 12], pratique que l'on appelle le dépistage individuel (DI). On constate que cette pratique a des conséquences sur le rapport coût-efficacité du programme organisé : il est moins bénéfique que prévu car on n'obtient pas les chiffres de participation qui permettent d'avoir un dépistage organisé efficient. [13, 14].

Les résultats de l'étude qualitative présentés dans cet article s'inscrivent dans l'étude INES (Inégalités socio-économiques et dépistage du cancer du sein) qui s'articulait en trois volets complémentaires.

Le premier volet [15] consistait en une enquête d'observation transversale réalisée à partir des données de 622 383 invitées à réaliser une mammographie de dépistage organisé du cancer du sein dans 13 départements français. Les données de la population d'étude ont été géocodées en îlots regroupés pour l'information statistique (IRIS) à partir de l'adresse de résidence. Les taux de participation au DO et les taux de participation au DI ont ainsi été obtenus pour chaque IRIS, et rapportés à leur niveau de précarité selon le score FEDI 2007[1] [16].

Dans un second volet, un auto-questionnaire postal ciblant les motivations et les déterminants socio-économiques liés à la participation au dépistage organisé ou individuel, a été envoyé à un échantillon aléatoire, représentatif des femmes participant à l'étude, dans les 13 départements [17].

L'objectif de la présente étude qualitative était d'approfondir, d'analyser et de comparer les freins et les moteurs à la participation au DO *versus* la participation au DI et de vérifier l'impact des déterminants sociaux et économiques dans la prise de décision de participer à l'un ou l'autre de ces dépistages.

Méthodes

Dans le troisième volet du programme INES, une étude qualitative, présentée ici, a été réalisée afin d'enrichir et d'affiner les résultats d'une étude par questionnaire [17]. Il s'agissait tout d'abord d'évaluer les connaissances des femmes concernant le dépistage organisé du cancer du sein, d'identifier et d'analyser les freins et les moteurs à la participation à ce dépistage et de mesurer l'importance des déterminants sociaux et économiques dans la prise de décision.

Échantillonnage des femmes interrogées

Il était prévu de réaliser 50 entretiens auprès de personnes volontaires dans les 13 départements de l'étude

[1] Le score FEDI (*French European Deprivation Index*) est un indice de mesure de l'environnement socio-économique associant à la fois la pauvreté objective et subjective de la population de l'IRIS.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - CH Le Vinatier - - 83.145.72.66 - 09/03/2020 13:30 - © S.F.S.P.

(Ain, Ardèche, Côte d'Or, Doubs, Drôme, Haute Saône, Haute Savoie, Isère, Jura, Loire, Nièvre, Rhône et Territoire de Belfort) dont 25 femmes ayant participé et de 25 femmes n'ayant pas participé au dépistage organisé. L'échantillon devait également comporter 50 % de femmes résidant dans les IRIS les plus favorisés et 50 % dans les IRIS les plus défavorisés. Le tirage au sort a été stratifié sur deux variables : le type de mammographie de dépistage (DO oui/non) et le niveau de défavorisation du lieu de résidence (les zones les plus favorisées et les zones les plus défavorisées).

Parmi les 2 762 femmes ayant répondu au questionnaire individuel du volet 2, 345 ont été tirées au sort et invitées à participer à un entretien semi-directif de 45 à 60 minutes, réalisé en face à face par un sociologue. Un bulletin de participation à l'étude a été envoyé à ces femmes (figure 1).

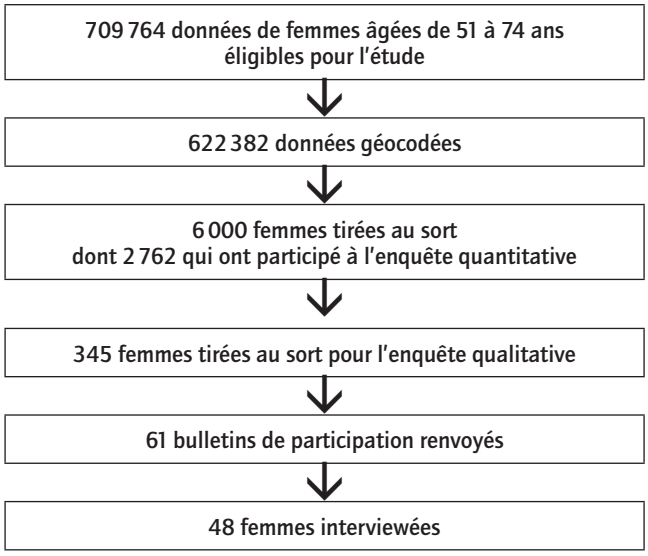

Figure 1 : Échantillonnage

Entretien et analyse des données

Les entretiens ont eu lieu au domicile des personnes interviewées entre mars et août 2013. Des thèmes ont été définis au préalable dans un guide d'entretien. Les dimensions explorées ont été construites à partir de l'analyse des questionnaires et enrichis par des entretiens exploratoires. Les entretiens ont permis d'explorer en profondeur les connaissances, les opinions, les motivations et les difficultés rencontrées dans le cadre du dépistage et les besoins concernant l'information diffusée aux femmes lors de l'invitation. Les entretiens semi-structurés de 45 à 80 mn ont été enregistrés et ont donné lieu à une transcription synthétique par le sociologue ayant mené l'entretien. Les résultats ont ensuite été analysés et comparés en fonction du canevas proposé par Miles et Huberman (2003) à l'aide logiciel NVivo version 9 (QSR International). Nous avons effectué une analyse thématique selon les thèmes de la grille d'analyse élaborée à partir des résultats de l'étude quantitative du volet 2. Il s'agissait tout d'abord de condenser les données. Les données sélectionnées ont ensuite fait l'objet d'un codage. Nous avons choisi comme unité d'analyse une phrase ou un groupe de phrases. Les données codées ont ensuite été organisées dans des matrices permettant une analyse de contenu et analyse comparative. La grille d'analyse et les différentes phases de l'analyse ont été validées par un comité scientifique composé d'un groupe de chercheurs en sciences humaines.

Résultats

Caractéristiques de la population incluse

Au total, 61 femmes ont renvoyé leur bulletin. Parmi ces volontaires, 48 femmes ont pu être interviewées. Parmi les 12 femmes qui n'ont pas été rencontrées, 8 ont refusé, 3 qui avaient moins de 50 ans n'entraient pas dans les critères d'âges, une était décédée.

Les 48 femmes incluses avaient entre 53 et 73 ans. Dix-sept d'entre elles résidaient dans une zone IRIS défavorisée selon le score FEDI 2007.

Les femmes rencontrées dans le cadre de cette étude s'étaient toutes fait dépister au moins une fois avant le déroulement de l'étude. Vingt-sept ont participé au DO (tableau I). Vingt-et-une femmes ont participé au DI (tableau II). Parmi elles, sept avaient eu un cancer du sein, c'est pourquoi elles avaient désormais un suivi individuel.

Moteurs à la réalisation de mammographies de dépistage, qu'elles soient organisées ou individuelles

Deux principaux types de moteurs à la participation se distinguent.

Un premier groupe de femmes est motivé par la peur de la mort et de la maladie, comme cette femme qui explique : *« Moi je sais que c'est la trouille qui m'a fait participer ! ».* Ces femmes partagent un sentiment d'impuissance face au fait de développer le cancer, perçu comme une fatalité : *« on n'y peut rien »*. *A contrario*, elles pensent pouvoir contrôler l'évolution de la maladie. Le dépistage leur permet de se

Document téléchargé depuis www.cairn.info - CH Le Vinatier - - 83.145.72.66 - 09/03/2020 13:30 - © S.F.S.P.

Tableau I : Participantes au dépistage organisé selon le score FEDI[a], divisé en deux classes

	Zones IRIS[b] favorisées [1]	Zone IRIS[b] défavorisées	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
51-55 ans	2 (7,4 %)	4 (14,8 %)	6 (22,2 %)
56-60 ans	5 (18,5 %)	6 (22,2 %)	11 (40,7 %)
61-65 ans	3 (11,1 %)	0 (0 %)	3 (11,1 %)
66-70 ans	3 (11,1 %)	0 (0 %)	3 (11,1 %)
71-75 ans	3 (11,1 %)	1 (3,7 %)	4 (14,8 %)
Total	16 (59,2 %)	11 (40,7 %)	27 (100 %)

a Le score FEDI (French European Deprivation Index) est un indice de mesure de l'environnement socio-économique associant à la fois la pauvreté objective et subjective de la population d'une zone géographique.
b IRIS : Ilot Regroupé pour l'Information Statistique.

Tableau II : Participantes au dépistage individuel selon le score FEDI[a], divisé en deux classes

	Zones IRIS[b] favorisées [1]	Zone IRIS[b] défavorisées	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
51-55 ans	4 (19 %)	2 (9,5 %)	6 (28,6 %)
56-60 ans	3 (14,3 %)	3 (14,3 %)	6 (28,6 %)
61-65 ans	4 (19 %)	0 (0 %)	4 (19 %)
66-70 ans	2 (9,5 %)	0 (0 %)	2 (9,5 %)
71-75 ans	2 (9,5 %)	1 (4,8 %)	3 (14,3 %)
Total	15 (71,4 %)	6 (28,6 %)	21 (100 %)

a Le score FEDI (French European Deprivation Index) est un indice de mesure de l'environnement socio-économique associant à la fois la pauvreté objective et subjective de la population d'une zone géographique.
b IRIS : Ilot Regroupé pour l'Information Statistique.

rassurer sur le fait qu'elles n'ont pas de cancer du sein ou, en cas de présence de la maladie, qu'elles ont davantage de chances de guérir si elles sont prises en charge à temps. Ces femmes ont donc compris l'importance de la précocité du dépistage dans les chances de guérison. Elles sont majoritairement issues des zones IRIS défavorisées et/ou de zones rurales.

Un second groupe de femmes tend à prendre le contrôle de sa santé. Ces femmes adoptent, dans leur quotidien, une démarche de prévention *« pour être et rester en bonne santé »*. Il s'agit ici de femmes issues de zones IRIS favorisées et ayant majoritairement un niveau d'études supérieures à bac + 2.

Facteurs intervenant dans le choix du DO ou du DI

Origine sociale des femmes

Les femmes issues de zones défavorisées, participent au DO. Ces femmes utilisent et profitent des différents outils qui leur sont proposés et qui peuvent faciliter leur démarche de prévention. Elles ont confiance dans l'institution sanitaire. Pour elles, le système du DO leur permet de prendre soin de leur santé sans avoir à y penser. Le courrier d'invitation de la structure de gestion tient un rôle important. C'est très souvent par lui que les femmes ont connu le DO et il sert ensuite de rappel : *« on est pris en charge, c'est rassurant », « on est sûre de ne pas oublier ».* L'une des femmes ajoute qu'elle ne faisait plus de mammographie depuis quatre ou cinq ans et que c'est grâce au courrier qu'elle a fini par retourner faire une mammographie.

Les femmes issues de zones favorisées se divisent en deux groupes.

Un premier groupe de femmes adopte la même stratégie que les femmes défavorisées et participe au DO.

Un second groupe de femmes préfère participer au DI. Ces femmes expliquent qu'elles peuvent et veulent prendre en charge leur santé, avoir la *« liberté de gérer »*. Elles se définissent comme autonomes et n'ont pas besoin

Document téléchargé depuis www.cairn.info - CH Le Vinatier - - 83.145.72.66 - 09/03/2020 13:30 - © S.F.S.P.

d'assistance. Elles n'apprécient pas d'être *« convoquées »* et de se sentir obligées de passer par la structure de gestion, comme l'explique cette femme *: « Moi je n'ai pas envie de rendre des comptes sur un numéro, sur est-ce que j'y suis allée ou pas, à quelle heure, combien de fois c'est cet aspect contrôle, ça m'insupporte. ».* Elles souhaitent donc avoir le contrôle sur leur santé et n'ont pas confiance en un système dans lequel elles ont le sentiment d'être un numéro. Alors qu'elles vivent leur santé comme une prise en charge personnelle, elles se sentent poussées à entrer dans un système de gestion collective. Elles expliquent prévenir la structure en charge de l'organisation du dépistage dans leur département qu'elles font le DI, pourtant celle-ci continue de leur envoyer les courriers d'invitation. Pour elles, *« c'est de l'argent jeté par les fenêtres »*. Elles ont l'impression de ne pas être entendues. Une de ces femmes explique qu'elle a souhaité participer à l'enquête car elle voulait montrer que *« ce n'est pas parce qu'on ne fait pas le DO qu'on n'est pas bien suivi ».*

Rôle et place du médecin

Dans le cadre du DO, il n'est pas nécessaire de passer par son médecin pour avoir une ordonnance et faire une mammographie. Les femmes peuvent directement prendre rendez-vous avec un radiologue munies de leur courrier d'invitation. C'est une des spécificités souvent avancée comme argument pour promouvoir le DO. Pourtant, cette possibilité est très peu retenue par les femmes qui participent au DO. Elles sont seulement trois à la mettre en avant en la définissant comme *« pratique »* et « *facilitante ».*

Au contraire, l'absence d'intervention du médecin traitant ou du gynécologue dans la procédure apparaît comme un des freins à la participation au DO. En effet, les femmes qui participent au DI évoquent souvent l'importance de l'intervention de leur médecin dans leur suivi et dans leur choix de prévention. Pour elles, contrairement au DO, *« Le DI ce n'est pas anonyme ».* Ces femmes aiment avoir un suivi individuel perçu comme plus *« individualisé ».* Elles ont *« confiance »* en leur gynécologue. Elles apprécient de pouvoir parler avec lui de leur mammographie, de leurs résultats. Elles considèrent que le DO : *« ne peut pas être personnalisé. Il n'y a pas de suivi ».*

Dans certains cas, le médecin semble pouvoir faire basculer facilement des femmes du DI au DO. Il s'agit des femmes qui expliquent être toujours passées par leur gynécologue pour faire des mammographies de dépistage avant l'âge de 50 ans et qui, passé cet âge, ont continué à procéder ainsi malgré les courriers d'invitation de la structure de gestion. Elles ne connaissent pas le DO ou ne connaissent pas ses différences avec le DI. Elles fonctionnent ainsi *« par habitude »*.

Le positionnement du gynécologue semble donc décisif. Pourtant, sur l'ensemble des 48 femmes rencontrées, une seule nous explique que son gynécologue se positionne clairement pour le DO : *« Non, je ne vous le fais plus, vous allez être convoquée automatiquement par la structure »*.

Efficacité et fiabilité

Les femmes rencontrées partagent des craintes à propos du dépistage. Tout d'abord, elles évoquent la peur du résultat et la peur de la douleur due à l'examen. Enfin, elles évoquent souvent la crainte des risques liés aux radiations. Comme nous l'avons vu, toutes ont fait ici le choix du dépistage mais comme l'explique l'une d'entre elle : *« Régulièrement, il y a des petites controverses sur les effets cancérigènes des radios… Alors, là, je tire le rideau, je me dis que si je commence à me poser ce genre de questions, je ne vais plus faire les tests ! Comme on dit : « Le risque zéro n'existe pas ! ».*

Ces femmes sont prêtes à prendre ce risque présumé car elles croient en la fiabilité et l'efficacité du dépistage, éléments qui font partie des principaux critères de choix entre DO et DI.

Le principal moteur des participantes au DO est en effet la double lecture : *« Le deuxième contrôle c'est rassurant ».* Pour celles qui ont essayé les deux, *« le DI et le DO c'est pareil sauf que le DO est peut-être plus fiable grâce à la double lecture. ».* Une des femmes rencontrées a été contactée en tant que participante au DI. Entre temps, ayant reçu un courrier d'invitation de la structure de gestion, elle a fait sa première mammographie dans le cadre du DO. Le radiologue lui a expliqué l'intérêt de la double lecture effectuée dans ce cadre. Elle affirme que dorénavant elle passera toujours par le DO. Il est important de noter que cet argument est connu de la grande majorité des participantes au DO, habitant dans toutes zones IRIS confondues. Quel que soit leur niveau socio-économique, toutes les femmes savent argumenter et expliquer pourquoi elles font le DO. Ces femmes sont convaincues que le DO est plus efficace et plus fiable grâce à la double lecture.

Au contraire, les participantes au DI pensent souvent que ce dernier est plus efficace et considèrent que *« Le DO c'est insuffisant* ». Elles ont l'impression que le DO est *« moins bien que le DI »*. Trois d'entre elles disent être encouragées par leur gynécologue et leur radiologue à passer par le DI sensé être plus approfondi. Ces dernières expliquent que, dans ce cadre, elles ont six à huit clichés au lieu de quatre dans le DO. Nous constatons en entretiens que ces femmes

Document téléchargé depuis www.cairn.info - CH Le Vinatier - - 83.145.72.66 - 09/03/2020 13:30 - © S.F.S.P.

manquent d'informations sur le DO. Comme nous l'avons vu, elles ne connaissent pas les spécificités du DO, en particulier en ce qui concerne la seconde lecture. Elles méconnaissent également le protocole qui leur laisse le choix du radiologue et donc de poursuivre leur suivi avec le même radiologue qu'avant leurs 50 ans, médecin en qui elles ont accordé leur confiance. Elles ont également l'image d'un DO *« pour les pauvres »*, destiné aux *« femmes qui n'ont pas de suivi »*. L'une d'entre elles explique : *« Pour moi c'est plus une proposition pour que les gens n'aient pas d'argent à débourser pour se faire dépister. C'est national, ça s'adresse à une partie de la population qui ne va pas forcément chez le médecin. Après, pour sensibiliser les gens je ne vois rien d'autre en fait »*. Le DO serait une mesure sociale, essentiellement destiné aux femmes qui n'ont pas de gynécologue et qui sont dans des situations plus précaires. L'une d'entre elles ajoute qu'elle préfère passer par le DI *« par pure philanthropie ».* Elle explique : *« je trouve que faisant partie des gens privilégiés, je peux aller payer mes consultations, à un prix normal pour le médecin. C'est dans cette démarche-là. Je me dis : « Laisse les rendez-vous et laisse la place aux gens qui n'ont peut-être pas les moyens de se faire suivre correctement ».*

De leur côté, les participantes au DO valorisent au contraire la *« gratuité »* du DO. Pour certaines, le DI est *« une affaire de sous »* comme cette femme qui développe : *« La première fois que je suis venue avec la convocation de la structure en question, je me suis dit : « Je parie qu'il ne va pas me proposer d'écho cette fois-ci ! ». Effectivement je ne me suis pas trompée ! Je lui ai dit alors : « D'habitude, Docteur, vous suggérez qu'une échographie est nécessaire, et aujourd'hui vous n'en voyez pas la nécessité ?! » C'est le tiroir-caisse ! »*

Discussion

Le programme INES, mené dans 13 départements français auprès de femmes invitées à participer au dépistage organisé du cancer du sein, articulait une approche quantitative et une approche qualitative.

L'étude qualitative, développée dans cet article, a été mise en place afin d'affiner les résultats obtenus grâce aux questionnaires permettant ainsi d'approfondir des thèmes difficiles à aborder uniquement en quantitatif et d'explorer plus en détail les pistes ouvertes par l'étude quantitative, dans une approche plus centrée sur l'individu et son contexte.

Notre objectif était donc d'étudier et de comparer les freins et les moteurs à la participation au DO et au DI et de vérifier l'impact des déterminants sociaux et économiques dans le choix du type de dépistage.

Cette étude a été réalisée à partir des données recueillies lors de 48 entretiens semi-directifs, individuels, menés par des sociologues en 2013 auprès de femmes invitées à participer au DO du cancer du sein. Les résultats présentés portent sur les femmes qui participent à un des deux types de dépistage. Une des limites de cette étude est que les femmes ne réalisant pas de mammographies de dépistage, déjà peu nombreuses à participer à l'étude quantitative, n'ont pas répondu à notre invitation à participer aux entretiens semi-directifs.

Un biais peut également être évoqué. Les femmes, les plus précaires, qui sont potentiellement les plus exclues du dépistage ou qui se sentent les moins concernées, n'ont pas accepté de participer à l'enquête.

Le projet de recherche avait pour finalité de dégager des pistes pour mener des actions spécifiques permettant d'augmenter le taux de participation des femmes au dépistage organisé du cancer du sein, en particulier celui des femmes défavorisées sur le plan économique et social, pour lesquelles un plus faible taux de participation au programme de dépistage organisé a été montré [18-22].

Les volets 1 et 2 ont montré une participation plus importante au DI chez les femmes de 51-54 ans. Les femmes qui participaient au DI ou simultanément au DI et au DO étaient des femmes qui avaient un suivi gynécologique régulier et une activité professionnelle. L'étude qualitative a permis de mettre en évidence un rapport différencié au dépistage selon l'origine sociale des femmes. Nous constatons tout d'abord que les participantes au dépistage individuel ont principalement été rencontrées en zones IRIS favorisées. Ces femmes avaient, pour la plupart, un niveau de diplôme supérieur à BAC+2 et travaillaient, ce qui va dans le sens des résultats de l'étude quantitative. De plus, l'approche que les femmes ont de la prévention, diffère. Tout d'abord, un premier groupe de femmes explique faire de la prévention car elles ont peur de la maladie et pensent que le dépistage peut rendre le parcours des soins moins pénible et changer l'issue de la maladie. Ces femmes ont majoritairement été rencontrées en zones IRIS défavorisées ou en zones rurales. De la même manière que cela avait été fait dans l'étude de l'Observatoire Edifice qui a porté sur les freins et motivations au dépistage des cancers du sein [23], nous avons distingué en entretien la peur du dépistage, qui peut être un frein à la participation à celui-ci et la peur du cancer qui apparaît ici, au contraire, comme un moteur

Document téléchargé depuis www.cairn.info - CH Le Vinatier - - 83.145.72.66 - 09/03/2020 13:30 - © S.F.S.P.

possible à la participation. Un deuxième groupe de femmes explique faire de la prévention pour tenter de contrôler sa santé et rester en bonne santé. Ces femmes adoptent de façon générale une démarche de prévention en évitant les facteurs de risques, en surveillant leur alimentation, en faisant de l'activité ou en évitant la consommation de tabac par exemple. Ces femmes ont majoritairement été rencontrées en zones IRIS favorisées.

L'intérêt de ces groupes est de révéler une approche de la prévention et des motivations différentes en fonction de milieu socio-économique. Ils peuvent ainsi fournir des indices sur les outils à mobiliser et la façon d'approcher les femmes en tenant compte de leurs spécificités. Le profil des femmes participant au DI se rapproche du « profil type » décrit par Fernando Bertolotto [24] de la femme « maîtresse de son destin », issue d'un milieu favorisé et qui a recours au DI plutôt qu'au DO « par souci de « qualité ». F. Bertolotto développe également le profil de la femme « vulnérable », issue d'un milieu défavorisé et qui « n'a pas bien identifié ni compris le sens du courrier » d'invitation au DO. Dans notre étude, se dégage un troisième profil, celui de la femme issue d'un milieu rural et/ou défavorisé mais en contact avec le système de santé et qui adhère au système du DO.

L'intérêt de cette étude réside également dans la comparaison des critères de choix entre le DO et le DI.

Cette étude nous montre que le principal moteur à la participation au DO est la double lecture qui garantit pour les femmes la fiabilité des résultats. Le courrier d'invitation tient également une place primordiale. Il est d'une part défini comme très pratique, permettant de ne pas oublier de faire une mammographie tous les deux ans. Il permet également de faire découvrir le DO aux personnes de 50 ans. Comme le constatent d'autres études françaises [25], c'est effectivement un élément déclencheur qui permet à de nombreuses femmes d'entrer dans le DO. La gratuité du DO est également mise en avant en tant qu'élément positif en comparaison au DI considéré par certaines, comme un système surtout lucratif pour les professionnels. Afin d'encourager les femmes vivant en zone IRIS défavorisées à participer au dépistage organisé, il semble important de communiquer sur son intérêt et sur sa fiabilité.

Les femmes participant au DI avaient généralement commencé à faire des mammographies avant leurs 50 ans et continuent par habitude ainsi que par méconnaissance de ce que pourrait leur apporter le DO pour ce qui est de la qualité. Elles expliquent également qu'elles souhaitent rester autonomes et gérer elles-mêmes leur santé. Comme nous l'avons vu, elles ont le sentiment d'être convoquées par la structure de gestion alors qu'elles souhaitent être actrices de leur santé. Enfin, celles qui connaissent le DO en ont une image négative. Elles le perçoivent comme un dépistage « pour les pauvres », anonyme et moins efficace. En ce qui concerne les femmes de plus de 60 ans, cette perception du DO peut sans doute, en partie, s'expliquer par le fait qu'elles aient commencé le dépistage antérieurement à l'application du nouveau cahier des charges du DO, publiée en décembre 2006.

Ainsi, les femmes choisissant le DI ont l'impression de faire un choix éclairé, alors qu'elles ne connaissent finalement pas les différences entre DO et DI et qu'elles ignorent le gain de fiabilité que peut apporter le système de la double lecture des résultats. Ces résultats confortent les préconisations de l'étude FADO [10], et notamment la mise en place d'un travail d'information auprès des professionnels de santé pour mettre en avant les avantages et la plus-value du DO. Ils montrent l'importance de sensibiliser les gynécologues, qui jouent un rôle important dans le choix des femmes. Ces derniers, ainsi que les médecins généralistes, pourraient être davantage impliqués dans le DO, par le biais de formation par exemple, ou en travaillent directement avec la structure de gestion du dépistage, comme c'est le cas dans la Loire, où la structure associe depuis 2012, les gynécologues aux réunions de « formation-information » organisées annuellement pour les radiologues du département.

Des mesures incitatives pourraient également être mises en place pour que les gynécologues redirigent leurs patientes vers le DO.

Enfin, il faudrait concevoir avec eux et les structures de gestion, des outils de prévention ciblée, adaptés au profil des femmes favorables au DI afin de mieux faire connaître les atouts du DO.

Afin d'activer au mieux ces leviers, il serait pertinent de mettre en place une étude auprès des gynécologues et d'interroger leurs propres représentations sur le DO.

Conclusion

Les résultats de notre étude, réalisée sur un échantillon tiré au sort de femmes dans 13 départements français et invitées à participer au DO, contribuent à une meilleure compréhension des attitudes et des représentations du DO et du DI chez les femmes. Alors que l'atout majeur du DO, d'après ses utilisatrices, est sa fiabilité *via* la double lecture, les utilisatrices du DI considèrent le DO comme un dépistage moins efficace ou destiné aux femmes défavorisées.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - CH Le Vinatier - - 83.145.72.66 - 09/03/2020 13:30 - © S.F.S.P.

Le principal levier à activer pour faire basculer les utilisatrices du DI vers le DO pourrait être l'implication plus importante des gynécologues dans le DO.

Remerciements

Nous remercions la Ligue contre le cancer qui a financé ce projet.

Financements et soutiens

Financement de la Ligue nationale contre le cancer obtenu par le Centre de Lutte contre le Cancer Georges-François Leclerc, financement reversé en partie pour l'étude qualitative à l'Institut de cancérologie Lucien Neuwirth.

Conflits d'intérêt éventuels

Franck Chauvin (Institut de cancérologie Lucien Neuwirth), Vice-Président de la Ligue contre le Cancer.

Références

1. Espié M, Hamy AS, Eskenazy S, Cuvier C, Giacchiti S. Épidémiologie du cancer du sein. EMC-Gynécologie. 2012;7(4):1-17.
2. Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth edition- summary document. Ann Oncol. 2008;19(4):614-22.
3. Doutriaux-Demoulin I, Allioux A, Campion L, Meingan P, Molina L. Cancers détectés par le deuxième lecteur : analyse des données de la campagne de dépistage du cancer du sein en Loire-Atlantique, 2003-2005 (nouveau cahier des charges). J Radiol. 2007;88: 1873-80.
4. Perry N, Broeders M, de Wolf C, Tornberg S, Holland R, von Karsa L. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth edition--summary document. Ann Oncol. 2008.19:614-622.
5. Giordano L, von Karsa L, Tomatis M, Majek O, de Wolf C, Lancucki L, *et al.* Mammographic screening programmes in Europe: organization, coverage and participation. J Med Screen. 2012;19Suppl 1: 72-82.
6. Arveux P, Wait S, Schaffer P. Building a model to determine the cost-effectiveness of breast cancer screening in France. Eur J Cancer Care (Engl.). 2003; 12(2):143-53.
7. Ouédraogo S, Dabakuyo-Yonli TS, Roussot A, Pornet C, Sarlin N, Lunaud P, *et al.* European transnational ecological deprivation index and participation in population based breast cancer screening programmes in France. Prev Med. 2014;63:103-8.
8. Bernier M. Rapport sur les résultats du dépistage du cancer du sein ; Paris : Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé ; 2004;52-5.
9. Observatoire régional de la santé (ORS) Rhône-Alpes. Les facteurs d'adhésion et de résistance des femmes de 50 à 74 ans au dépistage du cancer du sein ; Lyon : ORS Rhône-Alpes ; 2001 ; 118 p.
10. Duport N, Ancelle-Park R, Boussac-Zarebska M, Uhry Z, Bloch J. Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer du sein : étude FADO-sein. Saint Maurice (France) : Institut de veille sanitaire ; 2007 ; 6 p.
11. Gorza M, Salines E, Danzon A, Bloch J. Programme de dépistage du cancer du sein en France : résultats 2006. Saint-Maurice (France) : Saint Maurice (France) : Institut de veille sanitaire, septembre 2009, 8 p. Disponible sur <www.invs.sante.fr>.
12. Bihrmann K, Jensen A, Olsen AH, Njor S, Schwartz W, Vejborg I, *et al.* Performance of systematic and non-systematic ("opportunistic") screening mammography: a comparative study from Denmark. J Med Screen. 2008;15:23-6.
13. De Gelder R, Bulliard JL, de Wolf C, Fracheboud J, Draisma G, Schopper D, *et al.* Cost-effectiveness of opportunistic versus organised mammography screening in Switzerland. Eur J Cancer. 2009; 45(1):127-38.
14. Jensen A, Olsen AH, von Euler-Chelpin M, Helle NS, Vejborg I, Lynge E. Do nonattenders in mammography screening programmes seek mammography elsewhere? Int. J Cancer. 2005;113:464-70.
15. Ouédraogo S, Dabakuyo-Yonli TS, Roussot A, Dialla PO, Pornet C, Poillot ML, *et al.* Dépistage du cancer du sein dans treize départements Français. Bull Cancer. 2015;102(2):126-38.
16. Pornet C, Delpierre C, Dejardin O, Grosclaude P, Launay L, Guittet L, *et al.* Construction of an adaptable European transnational ecological deprivation index: the French version. J Epidemiol Community Health 2012;66:982-9.
17. Ouédraogo S, Dabakuyo-Yonli TS, Amiel P, Dancourt V, Dumas A, Arveux P. Breast cancer screening programmes: Challenging the coexistence with opportunistic mammography. Patient Educ Couns. 2014;97(3):410-7.
18. Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005 : premiers résultats [Internet]. 2006 mars [Consulté le 20/06/2017] ; Consultable sur <http://www.ama.lu/docs/inpes_2011/888.pdf>.
19. Pornet C, Dejardin O, Morlais F, Bouvier V, Launoy G. Socioeconomic and healthcare supply statistical determinants of compliance to mammography screening programs: a multilevel analysis in Calvados, France. Cancer Epidemiol. 2010;34(3):309-15.
20. Pornet C, Dejardin O, Morlais F, Bouvier V, Launoy G. Déterminants socio-économiques de la participation au dépistage organisé du cancer colorectal, Calvados (France), 2004-2006. Bull épidémiol hebd. 2010;12:109-12.
21. Pruitt SL, Shim MJ, Mullen PD, Vernon SW, Amick BC 3rd. Association of area socioeconomic status and breast, cervical and colorectal cancer screening: a systematic review. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2009;18(10):2579-99.
22. Schootman M, Jeffe DB, Baker EA, Walker MS. Effect of area poverty rate on cancer screening across US communities. J Epidemiol Community Health. 2006;60:202-7.
23. Dolbeault S, *et al.* Freins et motivations au dépistage des cancers du sein : quels profils typologiques ? Résultats issus de l'enquête ÉDIFICE. XXVe Congrès de la SFPO « Cancers, cultures et pratiques de soins » ; Paris le 28 novembre 2008. Psycho-Oncologie. 2009;3:60-2.
24. Bertolotto F, Joubert M, Leroux M, Ruspoli S, Ancelle-Park R, Jestin C, *et al.* Facteurs sociaux de l'absence de participation aux campagnes de dépistage de masse du cancer du sein, Bull épidémiol hebd. 2003;4.
25. Mazet P. Motifs de participation et de non participation au dépistage du cancer. Enquête qualitative auprès des habitants de deux territoires de l'agglomération grenobloise. 2009 octobre [consulté le 21/08/2014]. Disponible sur <http://odenore.msh-alpes.fr/documents/PRECARRE_interm.pdf>.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - CH Le Vinatier - - 83.145.72.66 - 09/03/2020 13:30 - © S.F.S.P.