

Secteur des Sciences de la Santé

**UCL - RESO**

**Education Santé Patient**

**Institut de Recherche Santé et Société**



**Identification des freins et des leviers  
dans le cadre d'un programme  
de dépistage du cancer du sein**

**D. DOUMONT**

**C. HOYOIS**

A la demande et en collaboration avec

**L'ASBL Question Santé**

*Juin 2011*

*Réf. : 11 - 63*

**Série de dossiers techniques**



**Service Communautaire de Promotion de la Santé  
avec le soutien de la Communauté française de Belgique**

## TABLES DES MATIERES

1° Introduction .....	3
2° Méthodologie.....	4
3° Facteurs déterminant le comportement des femmes face au dépistage du cancer du sein .....	4
4° Population précarisée et dépistage.....	21
5° Recommandations et propositions d'activités complémentaires.....	23
6° Conclusions .....	26
7° Bibliographie .....	28

## **Identification des freins et des leviers dans le cadre d'un programme de dépistage du cancer du sein.**

### **1° Introduction**

Pour rappel, un Programme 'organisé'<sup>2</sup> de dépistage systématique et gratuit du cancer du sein a démarré en 2002 en Communauté Française de Belgique et en Région Bruxelloise. Ce Programme offre l'opportunité, tous les deux ans, aux femmes âgées de 50 à 69 ans, de réaliser un dépistage par radiographie des seins. Cet examen radiologique s'appelle le Mammotest. Il n'est jamais accompagné d'emblée d'une mise au point complémentaire, notamment d'une échographie.

Il est essentiel de faire la distinction entre un examen à visée diagnostique proposé à une femme qui présente une plainte ou des symptômes et un examen de dépistage, comme le Mammotest, qui s'adresse à des femmes qui ne se plaignent de rien !

Avant le lancement du Programme organisé, les dépistages étaient spontanés ou dépendaient d'initiatives locales. Ils se faisaient par mammographie seule ou par mammographie et échographie des seins. Ces dépistages existent encore actuellement malgré le programme organisé. On parle alors de 'dépistage opportuniste' ou 'individuel'.

Pour que les femmes appartenant à la tranche d'âge visée puissent bénéficier du Mammotest, deux voies ont été mises en place : la prescription par un médecin et l'envoi automatique d'une lettre d'invitation par les responsables du Programme au niveau du Centre Communautaire de Référence pour le dépistage des cancers, avec réinvitation 2 ans plus tard.

Malheureusement, après plusieurs années de fonctionnement, le taux de participation des femmes âgées de 50 à 69 ans au Programme organisé en Communauté Française de Belgique est loin d'être optimal (20 % en Communauté Française de Belgique versus 45% pour le Nord du pays qui soutient lui aussi un programme de dépistage en Flandre !). Toutefois, en février 2010, une nouvelle campagne de sensibilisation a été orchestrée par l'ASBL Question Santé pour 'relancer' le Programme en Communauté Française de Belgique.

---

<sup>1</sup> L'analyse des publications a été réalisée par C. Deccache, D. Doumont, C. Feulien et S. Roussel.

<sup>2</sup> Dépistage **organisé** ou **communautaire** : la population est recrutée au sein de la communauté et le dépistage est alors proposé dans le cadre de campagnes de dépistage ; en outre, il s'appuie sur la participation volontaire des sujets.

Dépistage **opportuniste /individuel** : la population est recrutée pour le dépistage lors d'un recours aux soins, par exemple dans le cadre d'une hospitalisation, d'une visite médicale, lors d'une visite au centre de santé ou de dépistage, dans le cas d'un examen réalisé par la médecine du travail. Ce type de dépistage doit toutefois faire l'objet d'une négociation entre le prestataire de soins et le bénéficiaire. (Doumont D. et Verstraeten K, 2011, In Santé en Communauté française, n°6)

L'asbl Question Santé sollicite l'unité RESO pour la réalisation d'un dossier technique concernant l'identification de facteurs prédictifs au comportement de dépistage du cancer du sein, et ce tout particulièrement dans le cadre du dépistage organisé.

Deux questions vont jaloner ce dossier : la première concerne les facteurs déterminant les comportements des femmes face au dépistage du cancer du sein, tant les facteurs prédictifs que les facteurs freins ; la seconde question concerne plus particulièrement les populations précarisées. Ensuite, des recommandations et conclusions seront proposées.

## **2° Méthodologie**

Les recherches bibliographiques ont été menées sur différentes bases de données telles que Doctes (base de données partagées dans les domaines de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé), Medline (base de données bibliographiques produite par la National Library of Medicine et qui couvre tous les domaines biomédicaux) et Science direct (base de données qui fournit les références d'articles provenant de périodiques de la collection Elsevier Science). Certains sites Internet ont également été consultés.

La date du document, son accessibilité, son degré de réponse et sa pertinence par rapport aux questions de recherche ont conditionné le choix des articles retenus.

Au regard de ces différents critères et remarques, 19 articles ont été recensés dans le cadre de cette revue de littérature. Pour la grande majorité d'entre eux, ils concernent essentiellement les 5 dernières années et sont rédigés tant en anglais qu'en français.

Les mots clefs retenus sont : dépistage du cancer du sein, dépistage organisé, dépistage individuel, mammographie, bilan sénologique, connaissances, pratiques, breast cancer screening, mammography, mass screening, knowledge, practices.

## **3° Facteurs déterminant le comportement des femmes face au dépistage du cancer du sein**

♦ Une étude française réalisée par Duport et al. (2008a) et qui avait pour but d'une part d'estimer la couverture déclarée de dépistage de cancers féminins (cancer du sein et cancer du col de l'utérus) durant une période de deux ans et d'autre part d'identifier les principaux facteurs liés à la pratique du dépistage de ces deux cancers, a permis de déterminer que le principal facteur associé à une pratique plus fréquente d'un de ces deux dépistages relève du fait d'avoir pratiqué récemment l'autre dépistage.

Pour ce faire, trois groupes de femmes provenant de l'enquête décennale de santé 2003 (octobre 2002 et octobre 2003) de l'Insee ont été constitués : 3 378 femmes âgées de 50 à 74 ans et 7 912 femmes âgées de 25 à 65 ans qui ont respectivement répondu à la question portant sur la réalisation d'une mammographie et à la question portant sur la réalisation d'un frottis cervical. Le troisième groupe était composé de 2 528 femmes âgées de 50 à 65 ans qui ont répondu aux questions portant sur les deux types de dépistage.

*« Cette enquête en population générale a permis d'étudier les associations de facteurs de statut socioéconomique, d'accès et de recours aux soins, de certaines conduites de prévention avec la pratique de la mammographie, d'une part, et du frottis cervico-utérin, d'autre part ». « Une des plus values de cette étude a été de pouvoir explorer les caractéristiques des femmes ne se faisant pas*

*habituellement dépister (ni pour le cancer du sein, ni pour le cancer du col utérin) grâce à l'effectif important de l'enquête ».* (Op. cit. pp. 310).

La couverture déclarée du dépistage du cancer du sein s'élevait à 71,2 % et celle du dépistage du cancer du col utérin était de 76,3 %. A peu près 18 % de femmes ont déclaré n'avoir réalisé aucun des deux examens de dépistage durant les deux dernières années.

Si le principal facteur associé à une pratique plus fréquente d'un des deux dépistages est le fait d'avoir réalisé récemment l'autre dépistage, d'autres facteurs influencent encore ces pratiques.

- Plus précisément, en ce qui concerne la pratique du dépistage par mammographie<sup>3</sup>, à savoir l'accessibilité et le recours aux soins et aux médecins : le médecin peut être une source précieuse d'informations quant aux pratiques et intérêts du dépistage mais il peut également inciter/motiver les patientes dans une démarche de dépistage. Posséder une mutuelle de santé complémentaire et avoir consulté un médecin généraliste au moins une fois dans le courant de l'année semble être fortement corrélé avec la réalisation d'une mammographie. Toutefois, des facteurs d'ordre socio-économiques comme le niveau de revenu du ménage, le fait de vivre en couple, le lieu de vie (rural ou urbain) et enfin le type d'activités professionnelles ne semblent pas avoir d'impact sur la réalisation d'une mammographie; seuls le niveau d'étude atteint (supérieur à BAC+2) et le fait d'être propriétaire de son logement sont significatifs. Se faire vacciner contre la grippe, pratiquer une activité physique régulière, consommer régulièrement des fruits sont autant de comportements de santé qui induisent un comportement favorable à la réalisation d'une mammographie. Enfin, le fait de résider dans un département organisant un dépistage du cancer du sein contribue à augmenter le taux de participation et ceci quel que soit les tranches d'âge considérées.
- En ce qui concerne la pratique liée au dépistage du cancer du col utérin, il s'agit principalement de facteurs d'ordre socioéconomique et sociodémographique qui entrent en jeu. Pour ce qui est de la réalisation d'un frottis cervico-utérin<sup>4</sup>, tous les facteurs socio-économiques investigués dans le cadre de l'étude étaient liés à la réalisation d'un frottis dans les deux ans : femmes en couple, ayant réalisé des études supérieures au BEPC, occupant une fonction de cadre ou appartenant à une profession intermédiaire (non précisée), propriétaires d'un logement et vivant en milieu urbain. Ces mêmes femmes ont consulté un médecin généraliste au moins une fois dans l'année et elles possèdent une mutuelle complémentaire. Enfin, la consommation quotidienne de fruits et la pratique fréquente d'activités physiques étaient liées à la réalisation plus régulière d'un frottis (traduction sans doute selon les auteurs, d'une attention particulière à l'égard de son image corporelle et de son bien-être). Notons une pratique moins fréquente auprès de patientes présentant un BMI supérieur à 30 (indice de masse corporelle), ce qui avait d'ailleurs déjà été démontré en 2000 par Wee et al. (cités par Duport et al. (2008a)).

Enfin, les facteurs associés à la non réalisation de ces deux dépistages<sup>5</sup> sont principalement d'ordre financier : le niveau de revenu du foyer (inférieur à 1 500 euros par mois) et le fait d'être ou non propriétaire de son domicile. Le fait de ne pas avoir consulté récemment de médecin généraliste et ne pas posséder de mutuelle complémentaire sont autant de facteurs freins à la réalisation d'un dépistage. La non-vaccination contre la grippe, la non-consommation de fruits et la non-réalisation d'activités physiques régulières et l'obésité sont également liées au fait de ne pas se faire dépister !

---

<sup>3</sup> Au cours des deux dernières années et pour les femmes âgées de 50 à 74 ans.

<sup>4</sup> Au cours des deux dernières années et pour les femmes âgées de 25 à 65 ans.

<sup>5</sup> Auprès d'une population de femmes âgées de 50 à 65 ans.

En ce qui concerne la couverture déclarée de dépistage (deux ans), les auteurs identifient une baisse de la couverture par mammographie décalée de 5 à 10 ans dans le temps par rapport à celle par frottis qu'ils expliquent par le fait que dans les premières années de la ménopause, de nombreuses femmes bénéficient d'un traitement par hormonothérapie prescrit par le médecin généraliste et ne sont dès lors plus suivies régulièrement par un gynécologue (potentiel prescripteur de mammographies !).

En résumé, le principal facteur associé à une pratique plus fréquente d'un des deux dépistages (cancer du sein ou cancer du col) est le fait d'avoir déjà réalisé récemment un de ces deux dépistages, ceci indépendamment d'autres facteurs identifiés dans la tranche d'âge 50-65 ans commune aux deux types de dépistage. Les auteurs évoquent également « *l'existence d'un état d'esprit vis-à-vis du dépistage* » (op. cit. pp. 311). Les facteurs liés au dépistage du cancer du sein concernent aussi l'accès et le recours aux soins ; quant aux facteurs liés au dépistage du cancer du col de l'utérus, ils sont à la fois d'ordre socioéconomique et en rapport avec l'accès et le recours aux soins. Cette association entre la pratique d'un dépistage féminin et le recours et l'accessibilité aux soins (plus particulièrement aux médecins) a souvent été étudiée (Moatti et al. (1994) ; Dupont et al. (2006) ; Meissner et al. (2007) ; etc. cités par Dupont et al. (2008a)) et le rôle majeur du médecin traitant a toujours été démontré dans l'augmentation de la pratique d'exams de dépistages des cancers mais également dans l'amélioration de niveau de connaissances des patientes. Dupont et al. (2008) citent également certaines études américaines réalisées auprès de populations précarisées où l'influence des facteurs sociodémographiques semble avoir un rôle prépondérant dans la pratique de dépistage (la principale variable concernant le fait d'avoir ou de ne pas avoir une assurance médicale), plus d'ailleurs que l'influence du médecin (Valdez et al. (2001), Selvin et al. (2003)).

Enfin, l'étude FADO-sein réalisée en 2005 (Dupont et al. (2007)) et consacrée aux facteurs d'adhésion au dépistage du cancer du sein a permis d'identifier certains facteurs qui influencent le choix d'un dépistage par rapport à un autre (dépistage individuel-opportuniste/dépistage organisé-de masse). En effet, les femmes qui optent pour un dépistage organisé présentent un niveau d'études moins élevé, sont moins souvent suivies par un médecin spécialiste (gynécologue) et ont un suivi moins régulier de dépistage du cancer du col (cités par Dupont et al. (2008a)).

Au vu des principaux résultats obtenus, les auteurs (Dupont et al. (2008a)) concluent en insistant sur l'importance de proposer des campagnes d'information et de sensibilisation à l'attention à la fois des femmes mais également des médecins, ce qui (re)placerait alors le médecin traitant au cœur du dispositif ! (conclusion déjà formulée dans le cadre de l'étude Fado-sein !).

◆ L'étude française Fado-sein (Dupont et al. (2008b)) est une étude transversale qui a été réalisée par auto-questionnaire entre mai et septembre 2005 dans 6 structures départementales françaises de gestion du dépistage organisé du cancer du sein. Elle avait pour objectif principal l'analyse des liens entre profil socio-démographique, recours aux soins et participation au dépistage organisé et/ou individuel.

L'échantillon est issu d'un tirage au sort stratifié selon les caractéristiques suivantes : le caractère rural/urbain de la commune de résidence et l'âge. Deux groupes ont été constitués : le groupe de participants au dépistage organisé (DO) et le groupe de non-participants au dépistage organisé. Ce dernier est subdivisé en deux groupes : les femmes ayant déclaré avoir effectué une mammographie dans les deux ans (DI) et celles n'ayant rien fait (aucun).

Les questionnaires sont composés de deux parties :

- une partie commune qui s'intéresse aux caractéristiques sociodémographiques et au recours aux soins,
- une partie spécifique à chaque groupe, sous forme de questions fermées, explorant les connaissances et les pratiques de dépistage ainsi que la satisfaction des femmes concernant le dépistage organisé pour celles qui l'avaient pratiqué et les raisons de non participation pour les autres.

Un total de 5 638 questionnaires a été exploité et ainsi analysé, parmi lesquels 1 480 participantes au dépistage organisé et 4 158 non participantes au dépistage organisé dont 3 537 femmes qui avaient réalisé un dépistage individuel et 621 qui n'avaient participé à aucun dépistage.

Voici une présentation succincte des résultats de l'étude, accompagnée de trois tableaux descriptifs.

- La majorité des femmes dans les trois groupes connaissait la campagne de dépistage organisé. Elles en ont été informées par une lettre d'invitation au dépistage organisé, par la caisse d'assurance-maladie, par la télévision et par le médecin (généraliste ou gynécologue).

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

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

\* Plusieurs réponses possibles (trois au maximum).

- 54% des femmes du groupe DI, 70% du groupe DO et 37% du groupe Aucun ont discuté avec leur(s) médecin(s) de l'invitation au dépistage organisé.

- 29% des femmes du groupe DI se sont vue(s) proposer par un gynécologue une mammographie autre que celle du dépistage organisé.

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

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

<sup>a</sup> Femmes ayant discuté de l'invitation avec leur médecin.

<sup>b</sup> Degré de signification du test de chi2 entre les trois groupes.

<sup>c</sup> Non significatif.

- 71,3% des femmes du groupe DI, 84,1 % du groupe DO et 59,5% du groupe Aucun trouvent la mammographie utile.

- Dans les trois groupes, moins de 50% des femmes trouvent la mammographie fiable et une femme sur six la trouve douloureuse.

- Dans le groupe DO et DI, 5% des femmes jugent l'examen embarrassant à passer contre 15% dans le groupe Aucun.

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

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

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

- Dans le groupe de femmes DI, différents freins ont été identifiés : ils peuvent être d'ordre organisationnel et d'ordre médical.

- D'un point de vue organisationnel : près de deux tiers des femmes ont déclaré que lorsqu'elles ont reçu l'invitation à pratiquer une mammographie de dépistage organisé, la dernière datait de moins de deux ans.
- D'un point de vue médical : 20% des femmes effectuent des mammographies lors d'un suivi pour une pathologie au niveau des seins et jugent inutile d'en refaire une lors de la campagne de dépistage organisé. Cependant, il semblerait que les femmes aient des difficultés à différencier les mammographies de surveillance, de diagnostic ou de dépistage. Or, les mammographies réalisées hors cadre dépistage organisé, et généralement prescrites par le médecin généraliste ou spécialiste, ne correspondent pas spécifiquement à du dépistage.

- Dans le groupe des femmes n'ayant participé à aucun dépistage, d'autres freins à une pratique de dépistage par mammographie ont été relevés :

- Des raisons personnelles sont évoquées : manque de temps (24%), absence d'antécédents familiaux de cancer du sein (20%).
- 27% des femmes n'ayant jamais réalisé une mammographie estiment ne pas en avoir besoin et 22% ont peur des résultats.

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

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

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

- En ce qui concerne les femmes issues du groupe DO, les auteurs relèvent que :

- 93% sont satisfaites du dépistage organisé.
- 58% apprécient l'invitation par le biais d'un courrier, 46% sont favorables à la pratique d'une seconde lecture des clichés normaux et 35 % ont le sentiment d'avoir été correctement prises en charge.
- 60% ont participé au dépistage organisé car elles ont pris conscience d'être à un âge où il est conseillé faire régulièrement des mammographies de dépistage et 52% pensent qu'il faut faire attention à sa santé.
- Un point négatif est toutefois évoqué par 12% des femmes du groupe DO et concerne l'angoisse ressentie au cours du dépistage et 8% d'entre elles évoquent le délai trop long de rendez-vous chez le radiologue.

L'étude Fado a également permis d'identifier un autre frein d'ordre organisationnel à la participation au DO : pour certaines femmes appartenant au groupe DI, l'invitation au dépistage arrive « trop tôt » par rapport à la dernière mammographie réalisée. Une manière de contrecarrer ce frein serait de permettre aux femmes et/ou l'assurance-maladie de transmettre à la structure de gestion la date de la dernière mammographie afin d'adapter la date d'invitation et donc de décaler la date de rendez-vous.

Une des limites de l'étude Fado-sein est liée aux enquêtes déclaratives par auto-questionnaire postal. Le taux de réponse des femmes issues de milieux les plus défavorisés ou les moins intéressées par le dépistage est vraisemblablement plus bas que pour les autres femmes. En effet, les femmes provenant du groupe Aucun ne sont sans doute pas représentatives de toutes les femmes qui ne se font pas dépister ! Enfin, il semblerait que les femmes confondent encore fréquemment la mammographie de dépistage et la mammographie diagnostique ou de surveillance !

En résumé, il existe donc un gradient entre les trois groupes représentés (Duport et al. (2007)), à savoir :

- Pour le groupe DI : niveau sociodémographique plus élevé, meilleur suivi médical avec notamment un suivi gynécologique plus régulier et des pratiques de dépistage plus fréquentes

- Pour le groupe Aucun : niveau sociodémographique plus bas, suivi médical irrégulier et pratiques de dépistage peu fréquentes,
- Pour le groupe DO : position intermédiaire entre les deux groupes précédents.

Les auteurs (Duport et al., (2007),(2008b)) concluent en la nécessité de renforcer l'information sur la qualité du programme de dépistage organisé, sur son intérêt/plus-value par rapport au dépistage individuel et sa compatibilité avec un suivi gynécologique régulier. Pour ce faire, les nouvelles campagnes de sensibilisation doivent cibler à la fois les femmes mais également les professionnels de santé qui suivent régulièrement leur patientèle (généraliste et gynécologue).

♦ Suite au constat d'une faible participation du public cible aux programmes de dépistage organisé du cancer du sein en France, une étude des facteurs sociaux impliqués dans la non participation du public cible (femmes de 50 à 69 ans) a été menée par Bertolloto et al. (2003).

Le travail de recherche s'est effectué dans 4 départements (Allier, Loire, Rhône, Val d'Oise). Les critères retenus pour le choix de ces départements sont : la variation du taux de participation des femmes, l'ancienneté du programme de dépistage et le degré d'urbanisation dans ces départements.

La constitution de l'échantillon s'est faite de la manière suivante : tirage au sort dans le fichier des femmes âgées de 50 à 59 ans et des femmes âgées de 60 à 69 ans durant la période de 1995 à 1997 et en tenant compte de leur non participation au dépistage (malgré l'invitation reçue) et de leur lieu de vie (milieu urbain ou rural).

Au final, 842 femmes ont accepté de participer à cette évaluation. Les caractéristiques de l'échantillon sont :

- 6% de ces femmes avaient participé à la dernière campagne de dépistage,
- 40% d'entre elles n'avaient jamais été à ce dépistage,
- 60% étaient dépistées en dehors de la campagne (dépistage individuel).

L'évaluation a été menée par l'intermédiaire d'entretiens téléphoniques réalisés en 2 temps par des sociologues.

- 1<sup>er</sup> partie de l'évaluation avait pour objectif la récolte d'informations de base (caractéristiques démographiques, lieu de vie, composition du ménage, etc.) ainsi que les raisons invoquées par ces femmes à propos de leur non participation au dépistage.
- 2<sup>ème</sup> partie d'évaluation réalisée auprès de femmes ayant accepté un entretien téléphonique plus approfondi (n= 233) dans le but de mieux cerner leurs représentations et comportements de santé. Parmi ces 233 femmes, 23 d'entre elles avaient accepté d'être interviewées en face à face (entretien approfondi). Ces entretiens avaient pour but de mieux comprendre les trajectoires et styles de vie, les rapports entretenus avec la santé.

Des analyses quantitatives ont été réalisées avec des variables telles que l'âge, le lieu de vie, le degré d'information par rapport à la campagne dépistage, les visites auprès d'un médecin spécialiste (gynécologue), les représentations liées au cancer, les raisons de non participation, les peurs et craintes liées à l'examen, les problèmes d'accès au dépistage, l'isolement social, le mode de gestion individuelle de sa santé, etc.)

- Les femmes issues d'un milieu socioéconomique favorisé identifient les campagnes de dépistage comme utiles pour les personnes qui ont des problèmes de suivi ou des difficultés d'ordre socio-financier. Plus globalement, le « *caractère organisé du dépistage va de pair avec un sentiment de moindre qualité* ». (op.cit. pp. 24). Les entretiens (face à face) ont mis en évidence que les difficultés d'accès aux soins (démarche perçue comme complexe, voire contraignante, pire forme d'intrusion dans la vie des femmes) constituent un sérieux frein.

- Le vécu d'expériences personnelles médicales par les femmes ou un membre de leur famille peut ébranler la confiance de celles-ci. En effet, les expériences négatives ou traumatisantes peuvent conditionner le regard que les femmes porteront à l'égard d'un dispositif de dépistage organisé ; qui plus est, s'il s'avère fortement médicalisé.
- Un autre frein relevé concerne le regard porté par les médecins généralistes à l'égard des campagnes de dépistage. Trop souvent ils 'subissent' le processus de dépistage et sont donc rarement associés à la démarche de dépistage.
- Les auteurs relèvent également toute l'importance 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* ». (op.cit. pp. 25).
- Enfin, les femmes disposant de moyens financiers et qui sont inscrites dans un système de santé libérale font totalement confiance aux soignants qu'elles connaissent (ici, en l'occurrence, les gynécologues) et sont plus enclines à effectuer des dépistages individuels, sous contrôle de ces mêmes professionnels de santé.

En outre, l'étude réalisée par Bertolotto et al. (2003) met évidence 2 profils de femmes : d'une part, 'la femme vulnérable' et d'autre part, la 'femme maîtresse de sa santé'.

- La femme 'vulnérable' :

- Elle est âgée de plus de 65 ans, habite en milieu rural ou en périphérie de grandes villes, elle dispose de moyens financiers plus faibles et est plus isolée socialement, etc.),
- Elle a une vision plus fataliste et pragmatique de la santé,
- Si cependant, elle est bien entourée socialement (et surtout par ses filles), elle sera encouragée à se faire dépister et plus globalement à s'occuper de sa santé,
- Si cette même femme ne comprend pas le sens du courrier d'invitation au dépistage ni l'utilité de celui-ci, il y a de forte chance qu'elle ne se présentera pas au dépistage car ne se sentant pas concernée,
- Elle consulte rarement un gynécologue à l'inverse du médecin traitant qu'elle rencontre plus fréquemment. Cependant, elle n'est guère « encouragée » par ce médecin de famille, celui-ci ne manifestant pas une attitude pro active en faveur de ce type de dépistage et donc, n'encourageant pas ses patientes à adhérer à la démarche,
- Elle connaît souvent des femmes atteintes de cancer du sein, elle en a d'ailleurs peur. Cependant, elle est convaincue que la médecine pourra la guérir dès que les (premiers) symptômes du cancer auront été identifiés.
- Etc.

- La femme 'maîtresse de son destin' :

- Elle est âgée de plus de 60 ans, réside en milieu urbain, et a peu, voire aucun souci d'ordre financier,
- Elle intègre les routines de prévention dans sa vie quotidienne,
- Elle témoigne d'une peur du cancer et des maladies en général,

- Elle connaît parfaitement bien les enjeux des actions de prévention et des campagnes de dépistage. Selon elle, les campagnes de dépistage sont une bonne chose pour les femmes ayant des revenus plus faibles que les siens,
- Elle bénéficie d'un dépistage de type individuel (par choix et/ou par souci de qualité), elle a régulièrement recours à l'auto-médication ou à la médecine douce,
- Si elle fréquente un médecin de famille dont elle se sent socialement proche, elle consulte également un gynécologue,
- Etc.

Cette étude a permis de dégager quatre axes de réflexion, à savoir :

- 1<sup>er</sup> axe : il s'agit de repenser les stratégies de communication qui pourraient « être évaluées à partir de trois principes organisateurs du lien social (à savoir) la confiance, l'intérêt commun et la réciprocité ». (op.cit. pp. 25). Pour les auteurs, il est indispensable de s'interroger pour chaque programme sur ce qu'il peut offrir aux femmes sur base de ces 3 principes.
  - 2<sup>ème</sup> axe : il est important de mettre en valeur la qualité des programmes en développant une stratégie d'alliance avec les femmes concernées par ces programmes. Pour cela, « valoriser les conditions d'accomplissement d'un « bon » dépistage ... en définissant des stratégies de communication ... pour « faire alliance » avec les femmes, les promoteurs et les professionnels de santé ». (op. cit. pp. 25), (par exemple, en faisant connaître le cahier des charges des campagnes).
  - 3<sup>ème</sup> axe : il est primordial de développer des stratégies d'alliance avec les relais de proximité (les filles, les médecins généralistes, etc.). Pour ce faire, il faut adapter/développer le dispositif en fonction des caractéristiques de la population cible de manière à pouvoir accompagner ces femmes si elles sont en manque/perte de capacité physique, psychologique, sociale au moment d'affronter un éventuel diagnostic positif. Les auteurs suggèrent dès lors de tirer parti du rôle de la famille et surtout des filles (conseil, accompagnement) mais aussi de sensibiliser et de mobiliser les médecins généralistes à ce type de dépistage.
  - 4<sup>ème</sup> axe : adapter les outils de communication selon les différents publics cibles.
- ◆ Selon Charmot et Perneger (2002), même si la plupart des hommes ne sont pas directement concernés par le cancer du sein, ils ont un rôle à jouer dans l'initiation, la planification et le succès des programmes de dépistage du cancer du sein. En effet, ils peuvent influencer les femmes à suivre les recommandations en terme de dépistage.

Selon Norcross et al. (1996), cités par Charmot et Perneger (2002), 18,5% des femmes ayant participé à une pratique de soins primaires étaient soutenues par une connaissance masculine (famille ou ami). Flores et Mata (1995), cités par Charmot et Perneger (2002), signalent l'importance de l'influence de l'époux chez les femmes d'origine latine lors de la réalisation d'un dépistage du cancer du sein ou du col de l'utérus. Les résultats de l'étude de Pearlman et al. (1997), cités par Charmot et Perneger (2002), montrent également qu'une femme sera moins susceptible de réaliser une mammographie de dépistage du cancer du sein si un proche l'en a découragée. Cela confirme certaines études (non citées) suggérant que les femmes sont sous l'influence de leur famille et ami(e)s.

L'objectif de l'étude Suisse de Charmot et Perneger (2002) est de comparer les connaissances et les attitudes des hommes et femmes dans le domaine du dépistage du cancer du sein et également d'appréhender leur perception de l'utilité d'un dépistage organisé ainsi que leur degré de familiarité avec les recommandations liées au dépistage.

En effet, les connaissances et attitudes sont des facteurs prédictifs de l'adhésion des femmes aux campagnes dépistage du cancer du sein (Vernon et al. (1990) ; Aiken et al. (1994) ; Rakowski et al.

(1996) ; Stoddard et al. (1998), Skinner et al. (1998) ; Brenes et Skinne (1999) ; Hawley et al. (2000), cités par Charmot et Perneger, (2002)).

L'étude (Chamot et Perneger, (2002)) qui a été réalisée auprès de résidents suisses âgés de 40 à 80 ans confirme que le sexe, l'âge, le statut socio-économique, les connaissances et les attitudes sont des facteurs influençant l'adhésion au dépistage du cancer du sein et aux mammographies de dépistage. Les résultats montrent également que les hommes sont presque aussi bien informés que les femmes sur le cancer du sein et les pratiques de dépistage, ils témoigneraient même d'attitudes plus favorables envers la mammographie que les femmes. Enfin, les participants plus jeunes et plus instruits ont de meilleure connaissance concernant le cancer du sein et ils présentent de meilleures dispositions envers les pratiques de dépistage du cancer du sein.

Cependant, même si les résultats de leur étude montrent que les femmes et les hommes ont quasi le même savoir et les mêmes attitudes envers le dépistage du cancer du sein, d'importantes lacunes persistent encore. Un pourcentage (non précisé) de participants (tant masculins que féminins) ne perçoit pas que le risque de développer un cancer du sein augmente avec l'âge, de même qu'il n'a pas connaissance des recommandations dans ce domaine. Enfin, d'après les auteurs, les hommes surestiment la fréquence recommandée de réalisation d'examen de dépistage du cancer du sein ainsi que la tranche d'âge où l'on doit commencer à être plus attentif aux risques de développer un cancer du sein.

♦ Barreau et al. (2008) se sont, quant à eux intéressés aux facteurs socio-culturels qui motivent les femmes à participer à une campagne de dépistage organisé du cancer du sein dans les Bouches-du-Rhône et en Charente. En effet, pour les auteurs, la participation d'une femme à un programme de dépistage est fortement liée aux représentations que celle-ci véhicule, que ce soit à propos de la prévention, du cancer, du sein (organe hautement symbolique), de la ménopause qui coïncide bien souvent avec le démarrage du dépistage organisé (une perception négative de la ménopause entrainerait la non-participation).

La méthode utilisée par les chercheurs pour recueillir l'information a été construite sur l'observation participante, la réalisation de 45 entretiens semi-structurés et de 5 récits de vie auprès de femmes âgées de 50 à 69 ans et ayant participé à un dépistage organisé

Une des premières évidences relevées par les auteurs concerne une difficulté d'ordre 'terminologique'. Les femmes sont encore nombreuses à confondre le dépistage organisé et le diagnostic précoce (terme non précisé dans l'article, il semblerait qu'il s'agisse du bilan sénologique), la différence entre les deux types de dépistage est donc encore mal perçue. En revanche, celles qui participent au bilan de santé proposé par leur caisse d'assurance maladie comprennent la différence entre une mammographie dans le cadre d'un dépistage organisé et une mammographie diagnostique sur prescription individuelle.

Certains facteurs identifiés sont communs aux deux régions investiguées, d'autres sont spécifiques à l'une ou l'autre région.

Les auteurs soulignent toutefois un fait qui n'avait pas encore été relevé comme tel dans les précédents articles visés par cette revue critique de littérature (et même si, pour nous acteurs en promotion de la santé, cela nous apparaît comme une évidence !) : les décisions de participation sont toujours dues à une conjonction de facteurs (importance du rôle du médecin généraliste, envoi d'un courrier qui place la femme comme actrice de sa propre santé, existence de réseau de sociabilité qui concrétise la participation de la femme au dépistage, etc.).

Les principaux facteurs de non-participation identifiés sont : la nouveauté du test de dépistage, la hiérarchisation des contraintes sociales et familiales, la gestion des problèmes de santé ou d'invalidité dans la parenté ou le voisinage, l'existence d'une 'autre maladie', l'absence de véhicule à disposition, l'incompréhension du courrier d'invitation, la participation aux travaux agricoles en Charente (on diffère alors sa participation au dépistage, ...), les facteurs climatiques (le mistral, dans les Bouches du Rhône), l'oubli de soi assez

marqué dans cette tranche d'âge, l'idée prégnante que « *penser à une maladie peut la créer* », le vécu traumatique d'une précédente mammographie (par exemple, avoir le sein écrasé dans un étau ou encore l'absence de communication du personnel qui réalise la mammographie), les 'blessures de la vie' (décès, maladie d'un être cher, disputes avec un enfant, dépression, etc.). Une représentation assez fréquente concerne l'image de 'fragilité' qui est liée au sein - la mammographie risque d'induire l'altération de celui-ci - ; une autre image bien présente concerne la lactation - le fait d'allaiter risque d'engendrer un cancer du sein parce que le lait « *ne part jamais totalement, il laisse des dépôts de lait dans les seins* » -, etc. Autres représentations concernant le cancer du sein (que les auteurs n'identifient toutefois pas comme facteurs facilitants ou déclenchants) : le cancer du sein fait partie de ces maladies dites 'sournoises', il est aussi 'non guérissable'. Il s'agit d'une maladie 'douloureuse et pénible', contrairement aux maladies cardio-vasculaires perçues comme entraînant une 'belle mort'.

Quant aux facteurs de participation, ils concernent la médiatisation du dépistage (campagnes télévisées, presse féminine, etc.), la peur de perdre des acquis sociaux (représentations que si les femmes ne vont pas réaliser le test, leur mutuelle va arrêter les remboursements), la gratuité du test, un réseau de sociabilité plus marqué en Poitou-Charentes ainsi que la notion de 'civisme' - argument le plus marqué -, des femmes viennent uniquement 'par politesse' vis-à-vis de l'association organisatrice de la campagne, l'avis de la parenté influence plus de femmes en Poitou-Charentes que dans les Bouches-du-Rhône (importance notamment de l'avis des filles).

Selon les auteurs, d'autres facteurs incitants sont à ne pas négliger : les avis du voisinage et des acteurs de santé (médecin, pharmacien, infirmier, aides à domicile) ont un effet 'émulateur' dans la prise de décision.

Enfin, ils insistent toutefois sur le fait que le démarrage des campagnes de dépistage organisé coïncide avec le début de la ménopause et, pour certaines femmes, la perception négative de la ménopause entrainerait leur non-participation aux dépistages organisés.

Voici donc un exposé synthétique de quelques expériences francophones mais les anglo-saxons ne sont pas en reste et nous avons choisi de vous présenter quelques études dont les résultats appuient les informations relevées précédemment et cela même si leur contexte d'opérationnalisation n'est pas toujours identique au contexte franco-suisse.

◆ Rutten et al. (2004) (USA) ont identifié des facteurs prédisposants et des facteurs freins aux pratiques de dépistage.

D'après les auteurs, la première barrière, et la plus importante, est le manque de prise de conscience de l'utilité et de la nécessité du dépistage. Une seconde barrière identifiée est liée au fait que l'examen de dépistage ne soit pas recommandé par un médecin.

Pour les auteurs, le processus de décision d'une personne qui adopte un changement se compose de 5 phases successives : la connaissance, la persuasion, la décision, la mise en œuvre et la confirmation.

La connaissance consiste en la prise de conscience que quelque chose de nouveau existe; la persuasion est la prise de conscience que ce quelque chose a de la valeur et est pertinent pour soi. Au niveau du stade de la décision, la personne décide soit d'accepter, soit de refuser un changement; la mise en œuvre se réfère à la mise en pratique du changement. Enfin, la confirmation est le stade auquel la personne confirme (ou non) son choix pour un changement futur.

Des barrières peuvent exister à ces différents niveaux. Dans le cas du dépistage du cancer du sein, elles incluent :

- des barrières de type individuel telles que la ‘remise à plus tard’, la croyance que le dépistage n’est pas nécessaire (surtout en l’absence de symptômes), le manque de connaissance à propos du dépistage, la nature embarrassante et désagréable du dépistage ;
- des barrières liées aux prestataires de soins comme l’absence de recommandation par un médecin ;
- et enfin, des barrières structurelles telles que l’absence d’assurance maladie, le coût du dépistage ou le fait de ne pas bénéficier de soins de santé de manière habituelle (ne pas avoir de médecin traitant, etc.).

Fait important et encore non abordé par les précédents auteurs de cette revue de littérature, il est à noter que les barrières au dépistage et leur importance respective peuvent changer au fil du temps, au fur et à mesure que les tests de dépistage sont introduits dans les pratiques médicales et adoptés par le public. Dès lors, on peut d’emblée imaginer, quand un dépistage est introduit, que la première barrière à l’utilisation du test de dépistage soit la prise de conscience de la part des professionnels de santé et du public. Plus tard, quand la prise de conscience est effective, d’autres barrières vont entrer en ligne de compte, comme par exemple les frais engendrés par la réalisation du test ou le fait de ne pas avoir à passer par la filière ‘habituelle’ (dépistage individuel) de soins pour bénéficier du test de dépistage.

A la connaissance des auteurs, aucune étude n’a été menée auprès d’un échantillon de population adulte permettant d’observer les changements/l’évolution des barrières/freins au dépistage dans le temps, au fur et à mesure que les modalités de celui-ci sont adoptées plus largement. Ce type d’étude permettrait pourtant de connaître les barrières qui continuent à entraver le dépistage et d’évaluer le succès des efforts visant à réduire ces barrières, dans le champ de la santé publique.

◆ Rutten et al. (2003) (USA) ont également étudié l’association entre les croyances en matière de santé, la prédominance de l’histoire familiale (l’existence d’antécédents familiaux de cancer du sein) et la participation à un examen de dépistage par mammographie. Une comparaison de facteurs associés à la réalisation d’un dépistage auprès d’un groupe de femmes adhérentes (n = 97 - il s’agit de femmes qui ont effectué une mammographie dans les 2 mois après la réception d’un courrier de rappel) et d’un groupe de femmes non-adhérentes (n = 213 - il s’agit de femmes qui n’ont pas effectué de mammographie dans les 2 mois après réception de la lettre de rappel) a été réalisée. En outre, les auteurs ont également examiné l’impact/l’effet des antécédents familiaux de cancer du sein sur la relation entre croyances de santé et adhésion à une pratique de dépistage (annuelle) du cancer du sein.

- Les bénéfices liés à la réalisation d’une mammographie, la vulnérabilité face au cancer du sein, l’investissement (nombreuses lectures sur le sujet, collecte de fonds), la gravité perçue du cancer sein et les repères pour l’action ont été significativement associés avec l’adhésion des femmes au dépistage.
- Les femmes qui présentent des antécédents familiaux de cancer du sein se perçoivent comme plus vulnérables face à cette pathologie que chez les femmes sans antécédents familiaux.
- Les femmes qui adhèrent au programme de dépistage et qui présentent des antécédents familiaux de cancer du sein tirent davantage profit des bénéfices de la mammographie. Elles présentent des scores plus élevés de repères pour l’action et un impact plus marqué de l’histoire familiale que les femmes avec des antécédents familiaux négatifs.

Les autres résultats identifiés par Rutten et al. (2003) sont les suivants :

Aucun des facteurs socio-démographiques (âge, race-ethnicité, formation, statut marital et emploi) ne sont associés à l’adhésion.

L'adhésion est associée à une meilleure perception des bénéfices de la mammographie, à des taux plus élevés de vulnérabilité perçue face au cancer du sein, à un plus grand investissement dans cette thématique (par exemple, lecture sur le sujet, collecte de fonds).

Les bénéfices perçus, présents chez les femmes qui adhèrent au programme annuel de dépistage sont la tranquillité d'esprit, le sens du contrôle et une meilleure espérance de vie.

Ni les obstacles liés à la réalisation d'une mammographie, ni la prédominance de l'histoire familiale (antécédents familiaux) de cancer ne sont (en soi) associés avec l'adhésion.

Toutefois, la prudence s'impose quant à la généralisation de ces résultats. En effet, la population d'enquête est composée majoritairement de femmes « caucasiennes », mariées et qui exercent une activité professionnelle avec un bon niveau de formation.

◆ D'autres résultats provenant de l'étude d'une population d'origine hispanique aux USA sont repris ci-dessous.

144 femmes d'origine hispanique (USA) ont été invitées à répondre à un questionnaire auto-administré composé de 32 questions. A partir de leurs réponses, le groupe a été scindé en deux. (Méndez et al. (2009)).

Groupe A : femmes ayant réalisé une mammographie endéans les deux ans (80% des femmes ayant répondu au questionnaire).

Groupe B : femmes n'ayant jamais réalisé de mammographie ou lorsque la dernière remonte à plus de deux ans. (20% de femmes ayant répondu au questionnaire).

Les deux groupes ont été comparés à plusieurs niveaux :

- Les femmes se considérant elles-mêmes comme hispaniques sont significativement plus susceptibles de trouver l'examen de dépistage par mammographie inconfortable et ont peur qu'on leur décèle un cancer du sein. Elles expriment plus d'inquiétude du fait que quelqu'un d'inconnu puisse leur toucher les seins ou qu'un homme soit présent dans la salle d'examen. Cependant, 81% d'entre elles ont réalisé une mammographie endéans les deux ans.
- Les femmes ayant un faible niveau d'éducation ont moins de connaissances concernant le cancer du sein et la mammographie. Elles ne connaissent donc pas les pratiques de dépistage recommandées ainsi que leurs bénéfices. (Webster et Austoker (2006) ; Coughlin et al. (2000) ; Gullatte et al. (2006) ; cités par Méndez, 2009).
- Les antécédents familiaux peuvent présenter à la fois des effets positifs et négatifs sur le taux de participation à un dépistage organisé du cancer du sein. Les femmes qui estiment avoir un risque modéré de contracter le cancer iront plus facilement réaliser une mammographie de dépistage. Les femmes qui pensent présenter soit un trop haut risque ou à l'inverse un risque trop faible participeront moins facilement au programme de dépistage du cancer du sein. Les raisons sous-jacentes à cet évitement peuvent être le manque de sensibilisation au dépistage ou la peur des résultats (Andersen et al. (2003); cités par Méndez et al. (2009)).
- L'accès aux soins de santé et à une assurance maladie est un facteur prédictif important dans la réalisation d'une mammographie de dépistage. (Warren et al. (2006) ; cités par Méndez et al. (2009)). Les femmes sans assurance maladie estiment que la mammographie de dépistage est trop chère pour elle.
- Le recours aux médecins est un facteur prédictif de participation. En effet, les médecins ont un impact important sur le taux de dépistage et cela pour deux raisons : ils ont une relation continue avec les patientes et ils peuvent profiter de ces moments de rencontre pour s'entretenir avec leurs patientes du cancer du sein et des programmes de dépistage existants ;

ce qui en soit favorise et incite donc la pratique de dépistage (Saywell et al. (2004) ; Simon et al. (2001) ; Metsch et al. (1998) ; cités par Méndez et al. (2009)).

Selon Lopez et Castro (2006), cités par Méndez et al. (2009), les interventions basées sur la religion ont également un impact positif sur le taux de dépistage surtout chez les femmes d'origine Afro-hispaniques.

En conclusion, d'après l'étude de Méndez et al (2009), les facteurs incitant la réalisation d'une mammographie de dépistage sont les recommandations de toute tierce personne, le fait d'avoir un fournisseur de soins primaires, et de préférence, que celui-ci soit une femme. Les freins quant à l'utilisation des mammographies de dépistage sont liés au manque de connaissances des soins de santé du patient et à des difficultés organisationnelles (manque de flexibilité des horaires).

♦ Une enquête téléphonique réalisée en 1999 par Domenighetti et al. (2003) auprès de femmes âgées de plus de 15 ans (n = 4 140), issues de trois pays européens (Italie, Suisse et Grande-Bretagne) et des USA - soit environ 1 000 femmes par pays investigués et un taux de réponse de 69 % - a également permis de faire le point sur les perceptions des femmes concernant la mammographie.

Pour les auteurs, une grande proportion de femmes enquêtées surestime les bénéfices attendus de la mammographie.

En effet :

- une majorité de femmes (68 %) estime que le dépistage prévient ou réduit le risque de contracter un cancer du sein (réponse correcte (RC) : n'a aucune influence sur la réduction du risque de développer un cancer du sein, 26 % de RC).
- 62% des femmes pensent que le dépistage réduit au moins de moitié la mortalité par cancer chez les femmes de 50 ans et plus (réponse correcte : réduction de la mortalité d'à peu près un quart, 19 % de RC).
- Enfin, 75% des femmes estiment que 10 ans de dépistage régulier permet de prévenir au minimum 10 décès par cancer du sein pour 1000 (réponse correcte : 5 décès, 4 % de RC).

Un taux élevé de réponses correctes est positivement associé à un niveau de formation élevé (minimum niveau école secondaire terminé) et négativement associé avec le fait d'avoir effectué une mammographie dans les 2 années qui précèdent.

Les résultats de cette enquête téléphonique mettent en doute l'efficacité des procédures de 'consentement éclairé' dans le dépistage du cancer du sein. En effet, d'après les auteurs, les femmes sont mal informées des bénéfices réels de la mammographie et la plupart des femmes ne sont pas en mesure de choisir, sur base d'informations pertinentes, de réaliser ou non une mammographie. L'utilisation d'informations sélectives pour encourager le dépistage n'est pas appropriée et, toujours selon les auteurs, il est urgent de corriger les perceptions erronées concernant la mammographie (parce que surestimant les bénéfices). Notons toutefois que cette publication bien que datant de 2003 fait le point sur une enquête réalisée en 1999 !

♦ Dans l'article de Consedine et al. (2004), la théorie développementale-fonctionnaliste est utilisée afin d'aider à clarifier et à interpréter le rôle des variables émotionnelles dans le dépistage et cela, selon les différentes ethnies.

Au préalable, les auteurs réalisent une très bonne synthèse des différents faits déjà identifiés par les précédents auteurs sélectionnés pour cette revue de littérature.

- Le taux de dépistage est négativement corrélé avec l'âge (Bloom et al. (1987) ; Burack et Liang, (1987) ; Edwards et Jones, (2000) ; Potoski et al. (1998), cités par Consedine et al. (2004)).

- Un faible niveau d'éducation et un faible revenu sont associés avec une faible utilisation de la mammographie (Breen et Kessler, (1994) ; US Department of Health and Human Services, (2002) ; Burack et Liang, (1987) ; Hayward et al. cités dans Consedine et al. (2004) ainsi qu'une faible réalisation de frottis cervicaux (Mandelblatt et al. (1999) cités par Consedine et al. (2004)).
- Des bas revenus et des connaissances faibles sur les risques du cancer du sein sont souvent associés avec la détection d'un stade avancé de la maladie, selon Lanin et al. (1998), cités par Consedine et al. (2004).
- Les femmes mariées sembleraient avoir un meilleur taux de dépistage du cancer du sein, d'après les recherches d'Edward et Jones (2000), cités par Consedine et al. (2004).
- Les recommandations des médecins généralistes ou d'autres professionnels de la santé sont un prédictif important de la compliance au dépistage du cancer du sein. (Brown et al. (1996), cités par Consedine et al. (2004)).
- Deux études (Miller et Hailey, (1994) ; McCaul et al. (1996) ; cités par Consedine et al. (2004)) ont abordé le rôle des émotions et de leur régulation dans les comportements de dépistage, mais les conclusions n'ont pas permis de comprendre clairement le lien entre ces variables.
- Une grande anxiété est liée à une diminution du taux de dépistage (Edwards et Jones, (2000) ; cités par Consedine et al. (2004)). En outre, la peur du cancer et des lieux médicaux est également liée à une faible pratique des dépistages, surtout chez les Afro-américains (Miller et Hailey, (1994) ; Duke et al. (1994), cités par Consedine et al. (2004)). Selon Burack et Liang, (1987), cités par Consedine et al. (2004) ; les femmes ont souvent peur qu'en réalisant un dépistage, on leur découvre une pathologie maligne.
- L'embarras ressenti par les femmes pendant la mammographie ainsi que les potentiels symptômes, sont souvent des barrières rapportées par les femmes. (Thompson et al. (1997) ; Bobo et al. (1999) ; de Nooijer et al. (2001), cités par Consedine et al. (2004). Dans l'étude d'Orton et al. (1991), cités par Consedine et al. (2004), il a été constaté que les femmes ayant ressenti de l'embarras lors d'un test de dépistage sont moins susceptibles de participer à nouveau à un programme de dépistage du cancer du sein.
- Selon plusieurs auteurs (Powell, 1994 ; Caplan et al. (1996) ; Kreitler, (1999), cités par Consedine et al. (2004)), le déni est un des facteurs principaux qui retarde la détection d'une grosseur, voire d'une tumeur.
- L'expérience des affects négatifs, comme l'anxiété, l'angoisse et l'embarras, ainsi que la manière de les réguler, sont susceptibles d'influencer les comportements de dépistages. (Consedine et al. (2002), cités par Consedine et al. (2004)).
- Qui plus est, les émotions et le mode de régulation de celles-ci peuvent influencer cognitivement les comportements de dépistage en modifiant l'attention ou la capacité d'absorber, de retenir ou de retenir les informations ou en altérant la probabilité que l'individu aura de répondre aux informations pertinentes concernant la santé. L'inquiétude face au cancer permet de modifier les comportements de dépistage de deux façons : soit en créant des comportements ayant pour but de réduire l'anxiété, soit en altérant les pensées de façon à ce que les connaissances soient plus facilement retenues ou rendues saillantes. (Mayne (1999), Mayne (2001), cités par Consedine et al. (2004)).
- Autre fait interpellant, selon Lerman et al. (1991), cités par Consedine et al. (2004), les femmes dont l'anxiété diminue après la mammographie sont moins susceptibles d'en refaire une par après.

- Les inquiétudes ou les peurs liées au cancer peuvent avoir un impact sur les comportements de dépistage en fonction également des différentes ethnies. Il faut peut-être y voir un lien avec le style de régulation des émotions dominant. Les émotions et leurs régulations varient selon les ethnies et cela pourrait contribuer à modifier le taux de dépistage du cancer du sein. (Consedine et al. (2002) ; Consedine et al. (2002) ; Magai et al. (2003), cités par Consedine et al. (2004)).

Dans l'étude réalisée par Consedine et al. (2004), 6 groupes ethniques différents ont été comparés : il s'avère que les Afro-américaines et les Dominicaines ont le même taux de mammographie que les Américano-européennes. Les Haïtiennes, les habitantes des Caraïbes anglaises et les Européennes de l'est ont un taux de mammographie de dépistage plus faible que les Américano-européennes.

Un niveau d'éducation élevé, les recommandations des médecins, l'autorégulation des émotions et le fait d'avoir des inquiétudes à propos du cancer sont associées à un taux plus élevé d'examen clinique du sein. (Consedine et al. (2004)).

Les conclusions de Consedine et al. (2004) montrent que l'autorégulation des émotions et l'inquiétude à propos du cancer sont corrélées positivement avec un haut taux de mammographie de dépistage alors que l'embarras est associé à un faible taux de mammographie. Ils observent également que l'autorégulation des émotions, l'inquiétude liée au cancer et l'embarras sont un ensemble de variables émotionnelles qui influencent les comportements de dépistage (le milieu et les recommandations des médecins étant des variables contrôlées.)

O'Malley et al. (1999), cités par Consedine et al. (2004), suggèrent que l'acculturation, surtout au niveau du langage, soit le principal facteur expliquant les différences de taux de dépistage à travers les ethnies. Pour expliquer ces différences, les auteurs évoquent des différences d'accès à la campagne de dépistage (langue maternelle ou non), des disparités dans la fréquence à laquelle les médecins recommandent la mammographie ou dans leur profil émotionnel.

Pour illustrer ces propos, notons par exemple qu'au regard des Dominicaines, les Haïtiennes bénéficient d'un faible taux de recommandation par les médecins, un lieu de contrôle externe, des croyances fatalistes sur la santé et une préférence pour les médecines alternatives (Consedine et al. (in press) ; Taylor et al. (1997) ; Wilk (1986) cités par Consedine et al. (2004)). De plus, le fait de présenter un haut niveau d'embarras face aux procédures de mammographie et peu d'inquiétude face au cancer est lié à un faible taux de dépistage et donc augmente considérablement le risque de découvrir le cancer dans une phase plus avancée du processus.

Les recherches antérieures ont montré que l'âge est généralement associé négativement avec le taux de dépistage (Bloom et al. (1987) ; Burack et al. (1987) ; Edwards et al. (2000) ; Phillips et al. (1995)), les femmes plus âgées se faisant moins dépister. Dans le présent échantillon (n = 1 364), les conclusions de la recherche montrent que l'âge est positivement associé avec la mammographie de dépistage lorsque d'autres variables confondantes, comme l'éducation et les revenus, sont contrôlées. Cela peut être dû au fait que la moyenne d'âge de l'échantillon de cette étude est plus âgée que dans les recherches précédentes ou que les personnes âgées présentent plus de comportements d'autoprotecteurs, voire que ces données reflètent l'impact des changements dans les pratiques de recommandations des médecins. (Mandelblatt et al. (1993), cités par Consedine et al. (2004)).

Toujours selon Consedine et al. (2004), ces variables émotionnelles prédisent les comportements de dépistage. Le concept de peur et d'anxiété opérationnalisés sous forme d'inquiétude face au cancer est un prédictif positif pour le dépistage si les variables environnementales (âge, statut civil, revenu et éducation) sont contrôlées.

Selon les résultats de Consedine et al. (2004) ainsi que Maxwell et al. (1997), Crump et al. (2000), Thompson et al. (1997), Bobo et al. (1999), Kee et al. (1992) et Orton et al. (1991), l'inquiétude face au cancer du sein augmente les comportements de dépistage contrairement au sentiment d'embarras qui est plutôt une barrière interne.

La manière dont l'anxiété peut produire des comportements de promotion de la santé doit être étudiée dans de futures recherches.

♦ Wu et al. (2006) abordent les inégalités de santé auprès d'immigrées d'origine asiatique et chez les habitantes des îles du Pacifique immigrées aux Etats-Unis. En effet, leur accès au dépistage, au diagnostic et aux soins est bien souvent inégal. (Alliance for Health Reform (2003), cités par Wu et al. (2006)).

Le but de la recherche est d'identifier les différences de perception de vulnérabilité, de sévérité et des coûts/bénéfices entre ces ethnies. Le revenu est la variable contrôlée représentant, dans ce contexte, le statut socio-économique (mais les variables culturelles telles que l'âge, le niveau d'éducation et le statut marital ont également été étudiées).

Kagawa-Singer et Pourat (2000), cités par Wu et al. (2006) ont exploité des données récoltées par la « National Health Interview Survey ». Les taux de dépistage du cancer du sein chez les femmes Asiatiques-américaines et des Îles du Pacifique sont bien en-dessous des objectifs et des lignes directrices nationales.

Les données de cette étude montrent également que même lorsque les immigrées asiatiques ou des Îles du Pacifique ont des revenus financiers élevés, une bonne éducation et une assurance médicale, leur taux de dépistage du cancer du sein reste peu élevé.

Selon Stretcher et Rosenstock (1997), cités par Wu et al. (2006), le modèle des croyances de santé (Health Believe Model), largement utilisé pour examiner les croyances liées aux comportements de dépistage du cancer du sein, définit les individus les plus susceptibles d'adopter des comportements préventifs comme :

- se percevant comme étant susceptible de contracter une maladie (facteur de susceptibilité/vulnérabilité),
- percevant que la maladie peut avoir des conséquences sérieuses (facteur de sévérité),
- croyant qu'avoir un plan d'actions aura des effets positifs (perception des bénéfices) ou que les obstacles/barrières à ces actions seront compensés par des avantages (perception des barrières).

Les résultats de l'étude de Wu et al. (2006) montrent que ce sont les Philippines et les Chinoises qui ont une meilleure perception de vulnérabilité et de sévérité. Il n'y a pas de différences entre les groupes concernant la perception des bénéfices. Concernant la perception des barrières, elle est liée aux revenus mais pas de manière constante.

L'étude de Wu et al. (2006) identifie l'existence de trois barrières communes aux trois ethnies investiguées (Chinoises, Indiennes d'Asie et Philippines) : être examinée par un praticien masculin, avoir la poitrine touchée par un étranger et être exposée de manière inutile à des radiations.

Par ordre, les barrières sont :

- Chez les femmes des Philippines : la douleur liée à la réalisation de la mammographie, avoir les seins touchés par un étranger, la peur d'avoir un cancer (dépister un cancer), être examinée par un praticien masculin et être exposée à des radiations.
- Chez les femmes chinoises : être examinée par un praticien masculin, avoir les seins touchés par un étranger, l'inutilité de la mammographie car pas de symptôme, le temps d'attente pour faire une mammographie (trop long) et être exposée à des radiations.
- Chez les indiennes d'Asie : avoir les seins touchés par un étranger, ne pas savoir comment faire pour obtenir une mammographie, être examinée par un praticien masculin et être exposée à des radiations.

Selon Wu et al. (2005), cités par Wu et al. (2006), seulement 30 % des femmes Philippines et des Chinoises sont capables d'identifier correctement l'âge à partir duquel elles doivent faire des examens cliniques annuels afin de dépister un éventuel cancer mais 60% y vont une fois par an. L'explication serait liée au haut pourcentage de ces femmes possédant une assurance maladie.

♦ Selon Consedine et al. (2004), les facteurs identifiés et qui interviennent dans la pratique du dépistage du cancer du sein sont ceux que l'on retrouve dans de précédentes études, à savoir : l'âge, le statut socio-économique, la formation, l'assurance médicale, le statut marital, les recommandations du médecin.

Toutefois, pour les auteurs, comme ces facteurs ne sont guère/pas modifiables et que, dès lors leur compréhension ne va pas pouvoir contribuer à améliorer les taux d'examens préventifs, il est préférable de s'intéresser à la crainte, l'anxiété et l'inquiétude liées au dépistage. En effet, les 'valeurs émotionnelles' sont des 'moteurs', y compris d'auto-régulation et de comportement de santé.

Toutefois, pour les auteurs, l'utilisation des termes 'crainte et/ou peur et/ou inquiétude' peuvent être soit des moteurs, soit des freins à la pratique de dépistage ; tout dépend du regard porté ! En effet, Consedine et al. (2004) évoquent ainsi le manque d'opérationnalisation de ces concepts pour évoquer la même chose ! Lorsqu'il s'agit d'un frein, certains évoqueront l'anxiété, alors que lorsqu'il s'agit d'un moteur (parce que conduisant à une forme de vigilance et à l'auto-soin), le terme inquiétude sera plus fréquemment souvent évoqué.

Pour ces mêmes auteurs, si l'on précise l'objet de la 'crainte/inquiétude/peur', certaines tendances se dégagent (attention, il s'agit toutefois de tendances et non de consensus).

- Si 'crainte/inquiétude/peur' du cancer en général, accroissement de la probabilité du dépistage,
- Si 'crainte/inquiétude/peur' du résultat du dépistage, effet mitigé qui dépendra du lien entre 'crainte/inquiétude/peur' du cancer et 'crainte/inquiétude/peur' d'éléments du dépistage. On observera un accroissement de la probabilité de pratiques de dépistage si 'crainte/inquiétude/peur' est gérable et que la population a foi dans la fiabilité des procédures de dépistage.
- Si 'crainte/inquiétude/peur' d'éléments du dépistage (i.e. 'crainte/inquiétude/peur' de douleur lors de la réalisation de l'examen, 'crainte/inquiétude/peur' des radiations, 'crainte/inquiétude/peur' de l'embarras/gêne liée l'examen), on risque une diminution de la probabilité de participer à l'examen de dépistage.

Les résultats de cette étude soulignent également trois éléments à prendre en considération :

- Difficulté de bien cerner l'objet 'peur/anxiété/inquiétude' i.e. de quoi parle-t-on ? Il s'avère donc nécessaire d'identifier clairement les éléments (qui effraient les femmes) liés au cancer et au processus de dépistage. En effet, chaque femme peut entretenir une relation différente vis-à-vis de ces différentes composantes.
- Problème (de manque) d'opérationnalisation et de théorie. Il serait donc impératif d'utiliser des mesures de peur et d'anxiété qui soient psychométriquement valides et fiables.
- Problème de généralisation qui exige d'étudier plus systématiquement les résultats des recherches auprès de populations minoritaires et des groupes ethniques à hauts risques.

#### 4° Population précarisée et dépistage

♦ Si en matière de dépistage, les nombreuses recommandations émises par les experts s'orientent toujours, avec une certaine insistance d'ailleurs, vers les **publics précarisés**, ces recommandations restent toutefois très "générales" et peu opérationnelles !

Toutefois, Spadea et al. (2010), dans le cadre de la réalisation d'une revue de littérature (janvier 1997 – Octobre 2006), se sont particulièrement intéressés aux groupes socio-économiquement défavorisés dans le cadre de dépistages féminins (cancer du sein et cancer du col de l'utérus).

Si les taux de participation au dépistage des cancers féminins ont augmenté ces dernières années, particulièrement dans les pays qui bénéficient de programmes nationaux depuis longtemps, ils sont par contre inversement corrélés avec le statut socio-économique (d'après Bigby et Holms, (2005); Garner, (2003); Stirbu et al. (2007); cités par Spadea et al. (2010)).

La revue de littérature a permis de mettre en évidence que :

- Certaines stratégies favorisent l'accès au dépistage pour les populations précarisées "groupes socio-économiques les plus bas", comme : les interventions visant la réduction des coûts (dépistage gratuit et élimination des barrières géographiques), une plus grande implication des médecins de 1ère ligne et une communication pro-active individualisée 'sur mesure' prenant en compte les barrières au dépistage.
- Les études mettent en évidence que la participation des femmes (qui ne participent pas encore au dépistage) peut être améliorée par des programmes de dépistage organisé adaptés aux besoins de ces femmes.

Les barrières les plus souvent retrouvées dans les groupes socio-économiquement faibles sont des barrières d'ordre économique et culturel, comme par exemple le fait que les personnes doivent payer le dépistage de leur poche. Cette barrière est beaucoup moins importante évidemment dans les pays où le système national de soins de santé (comme en Belgique) prend en charge la plupart des dépenses liées à ce type de service préventif. Les croiances personnelles, les peurs et une faible communication entre les patients et les médecins peuvent aussi entraver la participation au dépistage, menant à une sous-estimation, voire même un déni, par les personnes de leur propre risque d'attraper un cancer et des bénéfices liés au dépistage.

♦ Pour Cambon et al. (2007), les actions de communication centrées sur le dépistage restent peu adaptées aux populations précarisées et leur rapport au dépistage est déterminé par trois niveaux de représentation :

- Une représentation fragile de soi,
  - Des réalités spécifiques quotidiennes,
  - Des relations à la normalité sociétale excluante.
- ♦ Un autre type de barrière identifiée, tout particulièrement auprès de populations précarisées/minoritaires relève de l'ordre de la pudeur. En effet, dans l'étude de Wu et al. (2006), une des barrières communes aux trois ethnies (détail cfr supra) face au dépistage est la pudeur (se faire toucher les seins par une 'personne étrangère' ou par un praticien masculin). Afin de lutter contre ce frein, Wu et al. (2006) soulignent l'importance que les professionnels de la santé établissent une relation de confiance avec ces femmes. De plus, il faut porter une attention spéciale pour les aider à comprendre la question de la 'sûreté' radiologique et les préparer à l'inconfort que peut produire la mammographie de dépistage. Pour finir, il se pourrait que les sentiments déplaisants liés à aux examens de dépistage puissent être diminués en proposant plus 'd'intimité' et des manipulations en douceur pendant la procédure de dépistage.
- ♦ Le manque de prise de conscience (a) (Rutten et al. (2004)) est plus important chez les femmes âgées de plus de 75 ans, d'origine hispanique, bénéficiant de revenus peu élevés, avec un niveau d'éducation faible, n'ayant pas un médecin régulier (sans recours habituel aux soins) ou ne possédant pas d'assurance maladie.

Toujours selon l'auteur, le fait de ne pas pouvoir bénéficier du soutien ou de recommandations provenant d'un médecin (b) est un sérieux frein pour les femmes âgées de 40 à 49 ans ou de plus de 65 ans. Par contre, le fait de ne pas avoir de médecin du tout (c) est surtout vrai auprès des minorités ethniques.

Entre 1987 et 2000, les auteurs relèvent une diminution significative de ces 3 freins (a,b,c) dans presque tous les sous-groupes de population étudiés. Cela suggère que les campagnes de sensibilisation et éducatives à destination du public et des professionnels de santé ont porté leurs fruits, de même que les efforts faits pour que les professionnels recommandent le dépistage. Cela peut aussi être un indicateur de succès pour certaines interventions politiques comme le développement d'une couverture soins de santé ou l'organisation de certains colloques, etc. Rappelons qu'il s'agit d'une population d'étude vivant aux USA !

Cependant, malgré cette baisse importante, certains groupes semblent avoir bénéficié plus que d'autres des efforts consentis en matière de sensibilisation, etc. Cela signifie que des efforts continus sont nécessaires pour augmenter la prise de conscience, particulièrement dans les groupes traditionnellement moins ciblés (populations précarisées, minorités, etc.).

## **5° Recommandations et propositions d'activités complémentaires.**

◆ Les interventions visant la réduction des barrières au dépistage doivent comprendre des actions de type environnemental, structurel (en amont du dépistage) et individuel (en aval) (Rutten et al. (2004)). Ces mêmes auteurs suggèrent aussi que quand un nouveau dépistage est introduit, des approches soient développées en amont pour s'assurer de la disponibilité des technologies nécessaires et pour permettre aux infrastructures de fournir des prestations de qualité aux bons patients. De plus, des actions à destination du public telles que des campagnes médiatiques doivent être mises en place, dans le but d'augmenter d'emblée la prise de conscience par le public cible.

Enfin, les interventions ciblant les personnes qui adhèrent tardivement au dépistage demandent des stratégies plus intenses et plus ciblées (actions collectives ou individuelles 'sur-mesure'), cela afin de s'attaquer aux 'bonnes' barrières' au dépistage.

◆ Les résultats de la revue de littérature de Spadea et al. (2010) soulignent l'importance des stratégies de recrutement actif (comme le dépistage organisé avec envoi de lettres d'invitation, appels, rappels, etc.) sont généralement plus efficaces que le recrutement opportuniste.

- En Suède (1990), deux groupes ont été étudié : dans l'un, des femmes ont reçu une lettre d'invitation au dépistage avec un rendez-vous pré-fixé ; dans l'autre, ce sont seulement les femmes ayant répondu positivement à une première lettre de contact qui ont été recontactée pour un rendez-vous. En comparant les résultats, on s'est aperçu que la participation au programme de dépistage baissait après les 3 premières années, dans le second groupe (Zackrisson et al. (2004)).

Cela suggère que les stratégies fixant la date et l'heure de rendez-vous à l'avance soient plus efficaces. (stratégies d'ailleurs déjà initiées en Flandre !). Toutefois, dans ce même second groupe, les personnes ne participant pas encore au dépistage ont mieux pris conscience de l'importance du dépistage.

- Aux USA, les programmes proposant un dépistage gratuit ou moins cher aux femmes à faibles revenus ont permis d'augmenter les taux de participation, et ce particulièrement dans les endroits où un programme existe depuis de longues années.

- A Turin (Segnan et al. (1998)), il a été observé que la compliance des patients après 12 mois était significativement plus basse lorsqu'ils avaient été contactés par courrier, sans rendez-vous pré-fixé ou sans la signature du coordinateur du programme. La compliance était par contre similaire chez les personnes qui avaient reçu une lettre de leur médecin généraliste incluant de nombreux détails concernant le risque d'avoir un cancer. L'impact de ce courrier était toutefois plus important pour les femmes présentant un niveau élevé d'éducation. Cela suggère que des explications médicales détaillées ont tendance à augmenter les inégalités sociales dans les taux de participation, sans augmenter pour autant la couverture globale. Cela montre aussi que la forme 'courrier' n'est sans doute pas une stratégie adaptée pour les femmes peu lettrées.
- En Espagne (Segura et al. (2001)), on conclut qu'une lettre envoyée par le médecin de famille a à peine plus d'impact qu'une lettre standard envoyée par le coordinateur du programme.
- Eaker et al. (2004) en Suède ont étudié l'impact cumulé d'une brochure d'information, d'une lettre de rappel et d'un rappel téléphonique par rapport à la simple lettre d'invitation. Il en ressort que la brochure informative n'a pas de meilleurs effets que la lettre d'invitation au niveau des taux de participation, alors que la lettre de rappel et l'appel téléphonique ont eux, ensemble, un meilleur impact. Cependant, les femmes avec un niveau d'éducation moyen sont plus réceptives à une lettre de rappel que les femmes d'un niveau d'éducation haut ou bas. Par contre, il n'existe pas de différence quand il s'agit de l'appel téléphonique. On peut dire, globalement, que l'effet des rappels est moindre dans les groupes socio-économiques les plus défavorisés, sans doute à cause de la difficulté de les joindre !
- Aux USA, 3 études ont tenté d'évaluer l'impact de différentes formes d'invitations à un dépistage gratuit pour des femmes à faibles revenus. Ces études ont montré qu'un courrier, quelque soit sa forme, n'augmente pas les taux de participation, contrairement à un rappel fait par un prestataire de soins en direct (Simon et al. (2003)). Elles ont également montré que la combinaison d'une lettre émanant d'un prestataire et d'un conseil sur mesure (individualisé) était l'approche la plus efficace (Champion et al. (2003)). Il en ressort enfin que l'efficacité de messages sur mesure est particulièrement évidente, quel que soit le niveau de revenu de la personne et son niveau d'éducation (Elder et al. (1999) ; Prochaska et DiClemente (1983)).
- D'après Spadea et al. (2010), les interventions visant l'amélioration de l'accès au dépistage et les interventions à destination des prestataires de soins sont les plus efficaces pour augmenter la participation des publics précarisés. Les effets d'autres stratégies sont estimés à moins de 10 %.
- La plupart des interventions centrées sur les patients ont eu des effets positifs, surtout le conseil "sur mesure" (Dietrich et al. (2006) ; Michielutte et al. (2005) ; Rimer et al. (1999)), le courrier et l'appel téléphonique. Ces interventions ont eu plus d'effets positifs que les interventions ne procurant qu'un message éducationnel (Schneider et al. (2001)).
- Le "conseil sur mesure" au niveau des publics précarisés permet de jouer sur les barrières individuelles au dépistage, d'augmenter le sentiment d'auto-efficacité et d'accompagner les femmes dans un changement de comportement.
- Une intervention avec plusieurs appels téléphoniques proposant une information personnalisée peut être plus efficace qu'un seul appel.
- Concernant les publics précarisés, on observe une augmentation de la participation du public cible quand des interventions sont menées par des personnes issues du secteur de la santé (health workers) et appartenant à la même 'ethnie' que le public cible.

Note : Les auteurs indiquent que vu le peu d'études disponibles, il n'était pas possible d'analyser les combinaisons des différents types d'interventions.

◆ Il est également important d'évaluer les différentes barrières culturelles face au dépistage du cancer du sein chez les femmes Asiatiques-américaines et celles des îles du Pacifique. (Tu et Taplinet Barlow (1999), cités par Wu et al. (2006)).

L'étude qualitative de Wu et al. (2006) montre toute l'importance de l'éducation et des besoins éducatifs des femmes immigrées quant aux recommandations actuelles en matière de mammographie de dépistage, d'autopalpation et d'examen cliniques des seins.

L'American Cancer Society encourage les femmes à être capable d'identifier tout élément différent lors d'une autopalpation des seins et de le signaler à une personne compétente dans le domaine. Pour ce faire, il faut que cette méthode d'autopalpation soit correctement enseignée aux femmes et réalisée à la fréquence recommandée.

Selon les conclusions de l'étude de Wu et al. (2006), il est nécessaire de travailler, avec les femmes asiatiques d'Amérique, la disponibilité et l'obtention des mammographies de dépistage ainsi que de traduire les outils éducatifs d'une façon culturellement appropriée afin de rendre les informations accessibles. Il semblerait également que ces femmes aient une très haute estime des médecins. Par conséquent, ces professionnels seraient les soignants de première ligne les mieux placés pour informer et rediriger les femmes vers des services de dépistage appropriés.

En conclusion, pour que les interventions auprès des ethnies minoritaires soient les plus efficaces possible, selon Rimer (1998), cité par Wu et al. (2006,) il est indispensable de tenir compte de la culture et des attitudes de chacune d'entre elles.

◆ Rutten et al. (2003) quant à eux soulignent l'importance de :

- Décroître l'inconfort de la mammographie en proposant des lieux (les bus, les lieux de travail) et des heures (WE et flexibilité des horaires) plus confortables, en recourant à un système de rappel, en réalisant de séances éducatives d'information à l'attention des femmes (par exemple, connaître les périodes de leur cycle durant lequel l'examen sera le moins douloureux).
- Tempérer (durant les campagnes d'information) la gravité du cancer du sein avec les bénéfices de la détection précoce ainsi que la possibilité d'y recourir (au risque sinon d'associer négativement la gravité perçue avec l'adhésion).
- Des recommandations fournies par le médecin traitant, en particulier lorsque des controverses autour de la mammographie subsistent (tous les médecins n'adhèrent pas !).
- D'exploiter les possibilités du web, notamment via une communication interactive dans les centres de dépistage.

Enfin, toujours selon les auteurs, l'adhésion au dépistage peut être améliorée grâce à des interventions qui visent à maintenir des niveaux élevés de participation pour les femmes qui présentent une histoire positive de cancer du sein et à augmenter les niveaux de participation auprès des femmes qui présentent des antécédents familiaux négatifs de cancer du sein en fournissant un accès à une information de qualité.

## 6° Conclusions

La présente revue de littérature a pour objectif d'identifier les facteurs prédictifs au comportement de dépistage du cancer du sein en s'intéressant plus particulièrement aux freins et leviers dans le cadre de programme de dépistage organisé.

De nombreuses barrières de type individuel ont ainsi été identifiées. Citons par exemple le vécu d'expériences personnelles médicales (expériences négatives voire traumatisantes) par les femmes ou par un membre de leur famille qui peut rapidement ébranler la confiance de celles-ci dans le processus de dépistage (Bertolotto et al. (2003) ; Barreau et al. (2008) ; Consedine et al. (2004)) ; l'existence d'une autre maladie, la hiérarchisation des contraintes familiales et sociales, la gestion de problèmes de santé dans la parenté (Barreau et al. (2008)) ; le manque de prise de conscience de l'utilité et de la nécessité du dépistage (bénéfices perçus) (Rutten et al. (2004)) ; l'absence de soutien de l'entourage dans la démarche de dépistage (Méndez et al. (2009)) ; le faible niveau d'éducation et le manque de connaissances concernant le cancer du sein et le dépistage de celui-ci (Méndez et al. (2009) ; Rutten et al. (2004) ; Duport et al. (2007) et (2008) ; Consedine et al. (2004)). La vulnérabilité face au cancer, la gravité perçue du cancer du sein, le déni, la peur, la pudeur (sujet tabou), la capacité d'autorégulation et la gestion des émotions sont autant de variables émotionnelles qui influencent également les comportements de dépistage (Consedine et al. (2004)).

La non existence d'un certain 'état d'esprit' vis à vis du dépistage, la non adoption régulière de comportements sains (activité physique régulière, vaccination hivernale, alimentation équilibrée, etc.) n'engagent guère à l'adoption de comportement favorable à la réalisation d'un test de dépistage du cancer du sein (Duport et al. (2008a)).

Enfin, les représentations véhiculées par la population cible 'affectent' parfois le comportement de dépistage; qu'il s'agisse de représentations liées à la prévention (*'penser au cancer le provoque'*), au dépistage (*'examen douloureux qui risque d'induire l'altération de l'organe, exposition inutile à des radiations'*), au cancer du sein (*'maladie sournoise, non guérissable, douloureuse et pénible'*), à la ménopause (*'perception négative de cette tranche de vie'*), (Barreau et al. (2008) ; Wu et al. (2006)).

D'autres barrières liées aux prestataires de soins ont également fait l'objet d'une attention particulière. En effet, le rôle majeur du médecin traitant a toujours été démontré dans la réalisation d'exams de dépistage. Son intervention est donc considérée comme un facteur prédictif essentiel dans l'adhésion au dépistage (Duport et al. (2007) et (2008) ; Rutten et al. (2004) ; Méndez et al. (2009), Consedine et al. (2004)). Dès lors, l'absence de recommandation par celui-ci (qu'il soit médecin généraliste ou autre professionnel de santé), le manque de soutien, une faible communication entre le médecin et sa patiente risquent de ne pas inciter, voire de ne pas conforter la patiente dans ses pratiques de dépistage (Méndez et al. (2009) ; Spadea et al. (2010)). Enfin, le fait de ne pas avoir de médecin traitant et/ou de ne plus l'avoir consulté récemment figurent également parmi les freins identifiés à la réalisation d'un dépistage (Duport et al. (2007) et (2008) ; Rutten et al. (2004)). Relevons également que les médecins généralistes restent malheureusement fort peu associés aux démarches de dépistage, ce qui donne à penser qu'ils 'subissent' plutôt le processus de dépistage (Bertolotto et al. (2003)).

Des barrières organisationnelles et/ou structurelles entravent parfois le comportement de dépistage. L'accès aux soins de santé mais également le faible recours aux soins interviennent également dans les comportements de dépistage (revenus financiers faibles ou irréguliers, absence de mutuelle ou d'assurance complémentaire, coût liés au dépistage, etc.) (Duport et al. (2007) et 2008 ; Méndez et al. (2009) ; Rutten et al. (2004)). Le manque de flexibilité des horaires proposés (Méndez et al. (2009)), la réception d'un courrier d'invitation au dépistage trop proche du dernier examen réalisé (Duport et al. (2008)), un prestataire de soins masculin (Méndez et al. (2009) ; Consedine et al. (2004)) sont autant de barrières qu'il serait portant assez facile de lever. Il semblerait également que les femmes présentent certaines difficultés à différencier les mammographies de surveillance, de diagnostic et de dépistage (Duport et al. (2008) ; Barreau et al. (2008)). La distinction entre les deux formules de dépistage semble également encore mal perçue (dépistage organisé/dépistage individuel).

Relevons également que les barrières au dépistage et leur importance relative peuvent changer au fil du temps, au fur et à mesure que les tests de dépistage sont 'acquis' dans les pratiques médicales et 'adoptés' par le public (Rutten et al. (2004)) ; ce qui suggère dès lors qu'à l'introduction d'un test de dépistage, la première barrière rencontrée soit la prise de conscience tant de la part des professionnels que de la part du public cible et qu'une fois cette prise de conscience acquise, il faille alors devoir prendre en considération de nouvelles barrières !

Il est aussi important de souligner comme le rappellent d'ailleurs certains auteurs (Barreau et al. (2008)) que les décisions de participation sont toujours dues à la conjonction d'évènements/facteurs (reconnaissance du médecin généraliste, existence d'une procédure rigoureuse d'invitation, médiatisation de la campagne de dépistage, existence d'un réseau de sociabilité, antécédents familiaux, etc.) qui stimule ou affecte la participation des femmes au processus de dépistage.

Au regard des différents types de barrières identifiés ci-dessus, des efforts doivent encore être consentis et/ou poursuivis.

Il s'agit notamment de renforcer l'information sur la qualité des programmes de dépistage existants, sur leur intérêt et leur plus-value. Les campagnes de sensibilisation et d'information doivent à la fois cibler le public cible mais également les professionnels de santé (médecins), ce qui (re)place ainsi le médecin au centre du dispositif de dépistage (plus grande implication des professionnels de première ligne). Les stratégies de communication pro-actives, individualisées et qui prennent en compte les barrières au dépistage seront privilégiées. Il s'agira également de développer des stratégies d'alliance avec les relais de proximité. A cette fin, il est indispensable de veiller à mieux adapter le dispositif de dépistage en fonction des caractéristiques de la population cible.

Enfin, si les programmes de dépistage organisé portent leurs fruits et augmentent le taux général de participation de la population, ils peuvent par contre ne réduire que substantiellement les inégalités sociales. Parfois même, ils contribuent à favoriser ces disparités... En effet, l'adhésion au dépistage est fortement influencée par la précarité, l'isolement social, une fragilisation économique et/ou familiale, etc. Si à l'heure actuelle, nous avons à notre disposition de nombreux éléments qui permettent de penser que les programmes de dépistage organisé contribuent à diminuer les taux de mortalité liés au cancer du sein, que la prise de conscience globale est en bonne voie (culture de dépistage), que les professionnels de santé (médecins traitants, sénologues, gynécologues, etc.) adhèrent de plus en plus aux recommandations en matière de dépistage du cancer du sein et que les campagnes de communication centrées sur le dépistage atteignent de nombreux objectifs de sensibilisation, il est alors pertinent, voire urgent de s'intéresser davantage aux populations précarisées qui se caractérisent encore bien souvent par un recours tardif aux soins. Pour ce faire, il s'agit de comprendre et de mieux cerner les raisons et motifs de leur trop faible participation au processus de dépistage, de manière à pouvoir, par la suite, organiser et adapter des actions et stratégies plus ciblées visant les bonnes barrières à lever.

Notons également que puisque des études tendent à montrer que l'accessibilité financière du dépistage organisé est un élément influençant fortement la participation à celui-ci, il serait peut-être utile, comme le suggèrent certains auteurs (Spadea et al. (2010) ; Méndez et al. (2009)), de supprimer toute barrière financière au dépistage pour les publics précarisés, en prenant en charge tous les frais liés à la pratique du dépistage organisé (frais de transport jusqu'au lieu du dépistage, frais de consultation du médecin généraliste avant et/ou après le test de dépistage, remboursement d'examen complémentaires en cas de nécessité, etc.).

Enfin, pour conclure, il semble important de signaler qu'à l'heure actuelle et malgré les nombreuses études déjà réalisées sur le sujet, nous avons encore trop souvent tendance à ne prendre en considération que des éléments rationnels qui travaillent sur le cognitif en excluant des éléments aussi précieux que la compréhension du 'pourquoi' les individus participent ou ne participent pas au processus de dépistage (croyances, représentations, estime de soi, influences culturelles et sociales, etc.).

## 7° Bibliographie

Barreau B., Hubert A., Dilhuydy M.-H., Sérador B., Dilhuydy J.-M., (2008), Etude qualitative des facteurs déclenchants et bioculturels à la participation au dépistage organisé du cancer du sein-Bouches-du-Rhône et Charente. *Psycho-oncologie*, 2, pp. 13-20.

Bertolotto F., Joubert M., Leroux M., Ruspoli S., Ancelle-Park R., Jestin Ch., Albi N., Sancho-Garnier H., (2003), Facteurs sociaux de l'absence de participation aux campagnes de dépistage organisé du cancer du sein, *BEH*, pp. 24-25.

Cambon L., Barthelemy L., Mangin G., (2007), Expérimentation d'une démarche participative sur le dépistage des cancers auprès des femmes en situation de précarité, *Santé Publique*, novembre – décembre 2007, n° 6, pp. 513-523.

Chamot, E., Perneger, T. (2002). Men's and women's knowledge and Perceptions of Breast Cancer and Mammography Screening. *Preventive Medicine*, 34, pp. 380-385.

Consedine, N-S., Magai, C., Neugut, A-I. (2004). The contribution of emotional characteristics to breast cancer screening among women from six ethnic groups. *Preventive Medicine*, 38, pp. 64-77.

Consedine N., Magai C., Krivoshekova Y., Ryzewicz L., Neugut A., (2004), Fear, anxiety, worry, and breast cancer screening behavior: a critical review. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention*, 13 (4), pp. 501-510.

Domenighetti G., D'avano B., Egger M., Berrinon F., Perneger T., Mosconi P., Zwahlen M., (2003), Women's perception of the benefits of mammography screening: population-based survey in four countries. *International Epidemiological*, 32, pp. 816-821.

Doumont D., Libion M-F., (1999), Analyse des comportements préventifs dans le cadre du dépistage par mammographie, Série de dossiers techniques, Réf. 99-04, 22 pages, in <http://www.uclouvain.be/reso/dossierstechniques>

Doumont D., Libion M-F., (2000), Campagnes de dépistage du cancer du sein par mammographie : Quel dispositif mettre en place pour favoriser la participation des femmes au dépistage ? Leçons d'expériences internationales. Série de dossiers techniques, Réf. 00-08, 21 pages, in <http://www.uclouvain.be/reso/dossierstechniques>

Doumont D., Verstraeten K., (2011), Focus sur les pratiques de dépistage, *Santé en Communauté française*, Direction Générale de la Santé, n° 6, pp. 3-6.

Duport N., Ancelle-Park R., Boussac-Zarebska M., Bloch J., (2007), Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer du sein : étude FADO-sein, INVS, pp. 1-6, in [http://www.invs.sante.fr/publications/2007/plaquette\\_cancer\\_sein/plaquette\\_cancer\\_sein.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2007/plaquette_cancer_sein/plaquette_cancer_sein.pdf)

Duport N. et al. (2008a), Quels facteurs influencent la pratique des dépistages féminins en France ? *Revue épidémiologique et de Santé publique*, 56, pp. 303-313.

Duport N., Ancelle-Park R., Boussac-Zarebska M., Uhry Z., Bloch J., (2008b), Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer du sein : étude Fado-sein, France, 2005. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 45, pp. 429-431.

FRAPS (Fédération Régionales des Acteurs en Promotion de la Santé en Région Centre), (2009), Identification des freins et des leviers au dépistage organisé des cancers auprès de populations en situation de précarité en Région Centre, 103 pages.

Méndez, J-E., Evans, M., Stone, M-D., (2009), Promoters and barriers to mammography screening in multiethnic inner city patients. *The American Journal of Surgery*, 198(4), pp 526-528.

Rutten, L., et al. (2004), Examination of population-wide trends in barriers to cancer screening from a diffusion of innovation perspective (1987-2000). *Preventive Medicine*, 38, pp. 258-268.

Rutten, L., Iannotti, R., (2003), Health beliefs, salience of breast cancer history, and involvement with breast cancer issues: adherence to annual mammography screening recommendations. *Cancer Detection and Prevention*, 27, pp. 353-359.

Spadea, T., et al. (2010), The impact of interventions to improve attendance in female cancer screening among lower socioeconomic groups : A review. *Preventive Medicine*, 50, pp. 159-164.

Wu, T-Y., West, B., Chen, Y-W., Hergert, C. (2006), Health beliefs and practices related to breast cancer screening in Filipino, Chinese and Asian-Indian women. *Cancer Detection and Prevention*, 30, pp. 58-66.