

UCL - RESO
Unité d'Education pour la Santé



Analyse des comportements préventifs dans le cadre du dépistage par mammographie

D. DOUMONT
Fr. LIBION

En collaboration avec le Centre Local d'Observation et de
Promotion de la Santé de Namur (CELOPS) et
le Centre d'Education du Patient

AOUT 1999
Ref. : 99-04

Série de dossiers documentaires

avec le soutien de la Communauté française de Belgique



Table des matières

1. Introduction
 2. Epidémiologie
 3. Public cible
 4. Cadre explicatif
 - a) facteurs concernant la « personne-patiente »
 - b) facteurs concernant les professionnels de santé
 - c) contexte institutionnel, social et politique
 - d) interactions
 5. Populations défavorisées
 6. Quelques pistes en Belgique ...
 7. Conclusions
 8. Bibliographie
- Annexe

Analyse des comportements préventifs dans le cadre du dépistage par mammographie

1. Introduction

« ...Une série de constats relevant à la fois de la santé publique (augmentation de cette affection avec mortalité élevée, faible participation des femmes aux campagnes de dépistage du cancer du sein, particulièrement en province de Namur et auprès des publics défavorisés ...), des acteurs de terrain (difficulté de sensibiliser le public cible aux campagnes de dépistage...) et de l'évaluation des dispositifs mis en place du côté Belge et Français (exemple : participation plus élevée des femmes du côté français) sont à l'origine d'un projet développé par le Centre Local de Promotion de la Santé (CELOPS) de Namur et l'Observatoire Régional de Santé (ORS) de Champagne-Ardenne... ».
(extrait des notes résumées ⁽⁴⁴⁾).

Le CELOPS se propose de mener une recherche qui permettrait de fournir les éléments nécessaires en vue de réaliser un programme de dépistage du cancer du sein qui veillera à sensibiliser les populations féminines âgées de 50 à 69 ans de la région transfrontalière de Champagne-Ardenne et de la province de Namur.

A cet effet, une revue de littérature plus large est entreprise par l'unité d'Education pour la Santé (RESO - UCL), en collaboration avec le Centre d'Education du Patient (CEP).

Pour mener à bien cette revue, la sélection d'articles a été opérée à partir de 1991. En effet, le Centre d'Education du Patient avait déjà réalisé une telle recherche documentaire couvrant les périodes antérieures à 1991.

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 étudiés dans cette nouvelle revue de littérature.

L'analyse de contenu des articles sélectionnés a été réalisée à l'aide d'une grille de lecture (annexe 1).

¹ L'analyse des publications a été réalisée par M-A. BERTRAND, D. DOUMONT, A. DECCACHE, F. LIBION, P. MEREMANS, F. RENARD de l'unité RESO, J-L COLLIGNON, N. MARTIN du Centre d'Education du Patient et en collaboration avec A. LACROIX de l'Observatoire Régional de Santé de Champagne-Ardenne.

2. Epidémiologie

Quelques notions épidémiologiques ...

En 1996, le National Cancer Institute américain déclarait que le taux de mortalité par cancer du sein diminuait de façon significative. Toutefois, le taux d'incidence du cancer du sein ne cesse d'augmenter. (36).

En **Belgique**, en **1992**, on recensait 4934 nouveaux cas de cancer du sein. Durant cette même année, le cancer du sein tuait 2343 femmes (soit 45,6/100.000). Il s'agit là de la principale cause de décès auprès des femmes de 40 à 65 ans (35).

Actuellement, on peut affirmer qu 'en Belgique :

« ...près d'une femme sur 12 sera atteinte d'un cancer du sein au cours de sa vie ... »

« ...près de 5.000 nouveaux cas de cancer du sein apparaissent chaque année ... »

et qu'enfin

« ... $\frac{3}{4}$ des nouveaux cas de cancer du sein, soit 3.750 cas, apparaissent après 50 ans... » (18).

Ces données sont également confirmées par le registre national du cancer.

Les taux de mortalité par cancer du sein peuvent être réduits par la réalisation de dépistages réguliers, (par exemple, tous les deux ans), tels que l'auto-examen des seins, la consultation régulière avec examen clinique de médecins généraliste et/ou spécialiste mais surtout **l'examen de dépistage par mammographie**.

En effet, de nombreuses études (14,15,17,18,36,...) ont désormais démontré l'efficacité de l'examen de dépistage par mammographie réalisé à intervalle régulier (12 - 24 mois) auprès de la population féminine de **50 à 69 ans**. Beaucoup d'experts le reconnaissent comme étant « **l'examen clef et pertinent** » pouvant réduire le taux de mortalité par cancer du sein chez les femmes de cette tranche d'âge.

Notons également l'existence d'un consensus d'experts qui recommandent la réalisation d'un dépistage par mammographie (priorité du programme européen : « L'europe contre le cancer ») tous les deux ans, chez les femmes âgées de 50 à 69 ans... (44).

L'examen de dépistage par mammographie apparaît donc, entre toutes les méthodes suggérées , comme **l'examen susceptible de détecter**, et donc **d'enrayer** considérablement la **progression du cancer du sein**.

« ...Des dépistages systématiques de qualité permettent d'identifier le cancer du sein en moyenne 4 ans avant l'apparition de symptômes cliniques ; le taux de survie des cancers diagnostiqués de façon précoce en est donc grandement amélioré : plus de 80 % des cancers du sein détectés précocement sont curables ... » (44).

A noter que jusqu'à présent, la réalisation d'un examen « mammographique », l'auto-examen ou l'examen clinique n'ont malheureusement pas encore pu prouver une réduction des taux de mortalité auprès des femmes de moins de 50 ans. Ceci s'expliquerait par une « sensibilité » plus faible à la mammographie auprès de ces femmes plus jeunes (tissu mammaire plus dense, plus de faux-positifs, incidence plus faible), (17).

3. Public cible

Mais qu'en est-il du public cible ?

Etat de la question ...

L'enquête CROSP (39), réalisée en 1997 relève certaines données intéressantes. En Belgique, 49 % des femmes âgées de 50 à 70 ans ont réalisé un dépistage du cancer du sein par mammographie au cours des deux dernières années. Ce pourcentage est de 39 pour les femmes de 40 à 49 ans.

Cette étude a permis de démontrer des variations de participation en rapport avec les différents âges :

- 48 % de participation pour les tranches 40 – 44 ans.
- 59 % de participation pour les tranches 45 – 49 ans.
- 69 % de participation pour les tranches 50 – 54 ans
- 52 % de participation pour les tranches 65 – 69 ans.

Ce pourcentage de femmes ayant participé au dépistage par mammographie au cours des deux dernières années est plus élevé pour la région Bruxelloise (58 %). Il est de 45 % en Flandres et de 50 % en Wallonie.

Ces « invitations » au dépistage proviennent essentiellement d'une recommandation (acte de prévention) d'un médecin, spécialiste ou non, (57 %), mais aussi après réception d'un courrier de suivi (19%) et enfin suite à l'apparition d'une anomalie (14%).

Les femmes en Flandres ont plus souvent répondu à une lettre d'invitation, tandis qu'en région Bruxelloise et Wallonne, elles ont surtout réagi suite aux conseils d'un médecin.

Il ressort aussi de cette étude que le niveau d'éducation et le niveau économique influenceraient peu les femmes dans leur démarche de dépistage par mammographie. (39).

Des experts ^{(17),(18),(35)} reconnaissent comme principaux facteurs de risque :

- des facteurs familiaux : augmentation du risque si la maman et/ou une sœur ont développé un cancer du sein, surtout en période de pré-ménopause.
- des antécédents personnels comme l'existence d'un cancer de l'ovaire, de l'endomètre, du sein ou la maladie de Reclus (hyperplasie bénigne atypique du sein).
- des facteurs liés à la vie reproductive de la femme comme la nulliparité, la ménarche précoce, la ménopause tardive, une première grossesse tardive, l'utilisation prolongée de contraceptifs oraux.
- des facteurs environnementaux comme l'exposition à des radiations ionisantes à fortes doses.

4. Cadre explicatif

Au vu de la complexité mais aussi de la multifactorialité des comportements de santé des femmes (âgées de 50 à 69 ans) se rendant au dépistage (mammographie), il nous est apparu pertinent de s'appuyer d'un modèle théorique.

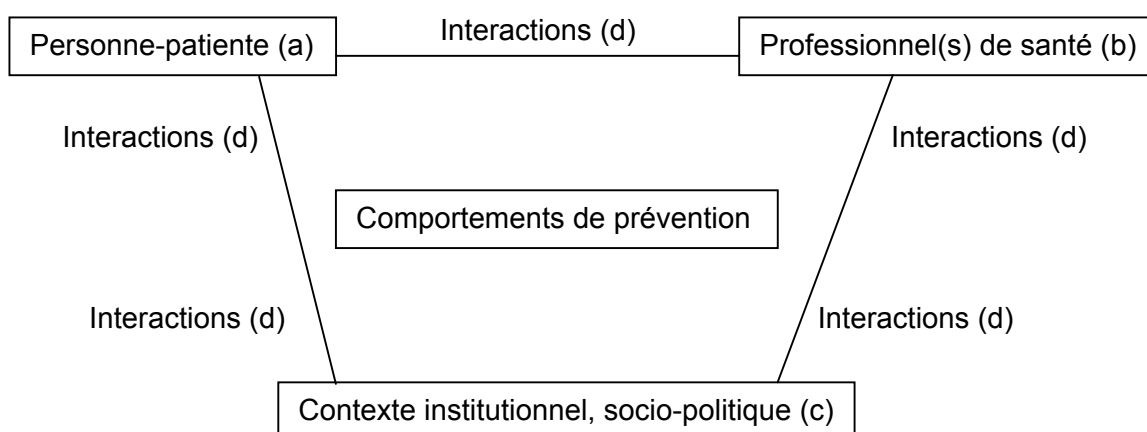
Le modèle s'inscrit dans un cadre explicatif général de compréhension des comportements de santé. En effet, pour nous, il est important de comprendre pourquoi les femmes adoptent un comportement de « conformité » aux séances de dépistage mais aussi et surtout pourquoi certaines d'entre elles n'y adhèrent pas.

Le cadre explicatif que nous utiliserons tout au long de cette revue de littérature a été créé par le Professeur A. DECCACHE (1994) dans le cadre d'une thèse de doctorat en Santé Publique dont l'objet était la compréhension et l'explication des comportements de compliance dans le cas de maladies chroniques. ⁽⁴⁸⁾.

Ce modèle explicatif met en évidence **différentes catégories de facteurs** :

- ceux liés à la **personne – patient** (a),
- ceux liés aux **professionnels de santé** (b),
- d'autres relevant des **contextes institutionnels** mais aussi **politico-sociaux** (c),
- les **facteurs d'interaction** entre ces différents pôles (d).

Ces quatre grandes catégories de facteurs ainsi listées influenceraient l'adhésion à des comportements de prévention permettant de maintenir, voire d'améliorer un état de santé et, au-delà, une qualité de vie.



Que recouvrent ces différentes catégories de facteurs?

Dans la catégorie (a), par exemple, nous retrouvons des facteurs relevant de la « personnalité de la personne - patiente » (croyance, anxiété), ses influences culturelles et sociales, les représentations qu'elle se fait de sa santé, de la maladie et de son traitement mais également son sentiment de maîtrise et de menace qu'elle peut avoir par rapport aux situations vécues : vie quotidienne, maladie , prise en charge du traitement...), son propre vécu de la maladie (soi-même, famille et ami) mais aussi les connaissances véhiculées par la personne - patiente . Enfin, les facteurs dits démographiques ne peuvent être oubliés.

Alain DECCACHE nomme aussi l'ensemble de ces facteurs des facteurs patients préalables et fait remarquer que ces mêmes facteurs sont **susceptibles de se modifier**, par exemple, dans le cadre d'une relation de soin !

La seconde catégorie (b) relève en effet des soignants et comprend, tout comme pour les personnes – patientes, des facteurs psycho-sociaux (perception de leur rôle de soignant, de l'éducation pour la santé, des patients , de leur maladie et leur traitement, des attentes de ceux-ci...) mais également des facteurs de personnalité. Comme pour la première catégorie, ces facteurs sont appelés facteurs soignants préalables et peuvent être modifiés. Ces facteurs liés aux soignants sont préalables à toute relation de soin préventif et/ou thérapeutique. Dès lors, tout professionnel de la santé doit être conscient que la prise en compte de l'ensemble de ces facteurs conditionne la réussite d'une relation éducative efficace.

Déterminer les « facteurs préalables patients et soignants » fait émerger une autre catégorie de facteurs : les facteurs d'interaction (d) entre ces deux catégories. En effet, le mode de communication et sa qualité , la rencontre des attentes mutuelles, le degré de satisfaction de la personne - patiente mais aussi du soignant , la qualité des soins , la qualité de l'information et/ou de l'éducation ... et probablement le degré de compliance seront conditionnés par les interactions et les influences entre les professionnels de santé et « notre » public cible.

Enfin, le contexte institutionnel et organisationnel (C) prend une grande part dans tout processus de compréhension et d'articulation de facteurs. Alain DECCACHE les nomme facteurs de contexte.

Le présent travail se propose donc de comprendre les comportements des femmes face au dépistage du cancer du sein (par mammographie), de préciser les facteurs modifiables versus non modifiables et éventuellement de dégager des liens parmi ces facteurs évoqués.

Certes, ces facteurs agissent en complémentarité, voire aussi en opposition. Ils n'influencent pas linéairement les comportements mais ils s'auto-influencent.

Ce sont toutes ces interactions possibles que nous nous proposons de découvrir au travers de cette revue de littérature, afin de dégager des pistes de réflexion jusqu'ici peu explorées.

***Facteurs liés à la personne-patiente (a)**

socio-démographiques
 personnalité
 milieu socio-culturel
 représentation (santé, maladie, traitement,...)
 sentiment de maîtrise, de menace,...
 connaissance (savoir théorique et pratique)
 histoire de vie
 etc...

***Facteurs liés aux intervenants de santé (b)**

personnalité
 milieu socio-culturel
 représentation
 perception du rôle social, éducatif
 compétence
 etc...

***Facteurs contextuels – Facteurs institutionnels (C)**

***Facteurs d'interaction (d)**

→ Mode de vie → Etat de santé → Qualité de vie

Une récente revue de littérature centrée sur des questions comme :

- Quels sont les facteurs déterminants le comportement des femmes face « au dépistage du cancer du sein »
- Quels facteurs modifiables versus non modifiables ont été identifiés ?
- Quels liens ont été mis en évidence entre les facteurs identifiés ?
- Par rapport au milieu défavorisé en particulier, quelle information ce document nous apporte-t-il ?

nous a permis de dégager quelques indications et pistes de travail.

En voici la synthèse :

Dans les facteurs liés à la **personne - patiente**, (a) nous nous proposons de les regrouper comme suit :

Facteurs liés à la personnalité : comme la crainte, l'anxiété ,...

Les femmes jeunes seraient plus anxieuses que les femmes plus âgées, dès lors, elles participeraient plus facilement au test de dépistage (4).

Les inquiétudes générées par « le cancer du sein » amènent certaines femmes à accepter la réalisation d'une mammographie (7).

Le besoin d'être rassurée (28) mais aussi le regret de ne pas avoir participé à des dépistages antérieurs, le processus d'apprentissage (34), ... facilitent le comportement de prévention.

Malheureusement, les facteurs les plus fréquemment relevés font état de peur et de crainte de l'examen (mammographie), de l'impact des radiations, (30),(31), mais aussi de la validité des résultats(faux positifs, faux négatifs) (24),(28),(34) et du diagnostic (28),(30),(34).

Des femmes interrogées citent également de la gêne mais aussi de l'embarras pendant l'examen de dépistage (27),(31).

Facteurs socio-démographiques :

Le niveau d'instruction des personnes concernées, le statut socio-économique, l'âge, l'accessibilité à un emploi, le lieu d'habitation, la statut matrimonial sont des facteurs fréquemment cités par les auteurs comme facteurs d'influence dans l'adhésion ou non à un comportement de dépistage (1),(6), (7),(16),(21),(22),(24),(27), (26),(34).

Les femmes mariées ou vivants en couple et/ou ayant un réseau de famille , d'ami(e)s étendu, adopteraient un comportement plus favorable face à l'examen de dépistage (théorie du comportement planifié).

Les femmes issues de milieux socio-économiques plus aisés marqueraient aussi plus leur intention de participer à un examen de dépistage, de même que les femmes étant professionnellement actives.

L'appartenance à une autre culture entraîne parfois des relations difficiles entre la patiente et le système de soins (11).

Quelques informations concernant le niveau d'instruction et la participation à l'examen de dépistage par mammographie.

Dans son étude, EISINGER et al. (1992) révèle des données intéressantes : en France, la proportion de femmes de niveau inférieur au bac, ayant effectué une mammographie et vivant dans les départements où le dépistage est systématique, est significativement supérieure (48,9 %) à celle observée chez les femmes de même niveau d'études habitant dans les autres départements (28 %). Toutefois, pour les femmes de niveau bac +, le fait d'habiter dans une zone où se déroule une telle campagne de dépistage n'influence pas l'accès à la mammographie dans les 2 ans (24,1 % versus 22,1 %) (1).

Une récente étude suisse réalisée par MEYSTRE-AGUSTONI et al. (1998) montrait une effective corrélation entre le faible niveau d'instruction (elementary school) et le taux de participation aux examens de dépistage (6).

Facteurs concernant les comportements préventifs antérieurs :

Les comportements « d'adhésion » à des examens préventifs (mammographie) seraient induits d'une part par le degré de motivation des femmes à participer de façon régulière à d'autres examens de dépistage (surveillance et contrôle de l'HTA, contrôle dentaire, frottis de col, ...), (11),(7),(34), et d'autre part, par les pratiques de prévention des médecins généralistes et spécialistes consultés (35),(7),(21). Par contre, une faible utilisation des services de santé n'encourage guère la participation à des examens de dépistage et plus particulièrement à un examen de dépistage par mammographie (6).

Facteurs concernant les connaissances de la maladie et de son dépistage :

Une conscience « accrue » du risque de cancer du sein augmente le taux de participation à un dépistage par mammographie. Cette conscience se développe par la réception d'informations, par le biais de campagnes médiatiques notamment et par une accessibilité aux infrastructures de dépistage (16).

Les auteurs insistent toutefois beaucoup plus sur la notion de « méconnaissance » : la finalité d'une mammographie est encore trop peu connue des femmes (6),(30) ; il existe également une confusion et une mauvaise information quant aux risques et facteurs de risques et quant aux méthodes actuelles de dépistage du cancer du sein (19), (20), (29).

Des liens ont également été établis entre le niveau de connaissances (des examens de dépistage par mammographie), le degré d'alphabétisation des femmes et leurs attitudes de prévention (27). Toutefois, les auteurs rappellent qu'améliorer le niveau de connaissances ne soulèvera pas des obstacles comme le coût de l'examen.

Facteurs englobant « l'expérience » de dépistage :

Certains auteurs relèvent l'importance du vécu antérieur d'une mammographie (résultat faux positif),(4), l'existence de contrôle gynécologique régulier (PAP),(23), la présence ou non de symptômes (28), le facteur héréditaire (existence dans la famille d'un cancer de ce type) (24), (34) comme éléments favorisant l'adhésion à un comportement de dépistage. La prédisposition perçue à développer un cancer du sein mais aussi la gravité perçue de cette maladie influencent le comportement de compliance ; celui-ci serait conditionné par les connaissances en matière de santé mais aussi par la perception des avantages de la mammographie (19).

La connaissance de femmes ayant vécu positivement un tel examen influence la participation à l'examen de prévention (modeling) (28),(34).

L'idée de participer à un projet « pilote » peut également engendrer un comportement favorable.

Facteurs concernant l'acceptabilité du dépistage, la faisabilité de celui-ci :

L'accessibilité géographique est fréquemment évoquée quand on fait appel aux motifs qui « ont justifié » la non-participation à l'examen de dépistage (28),(24),(22) ; ensuite viennent le coût de l'examen (19),(24),(27),(30), les difficultés pratiques (6), (28),(29) et le manque de temps (22),(24).

Facteurs concernant le lieu de maîtrise sur sa santé (pouvoir, responsabilité) :

Les facteurs de risque comme l'âge, l'hérédité mais aussi le contexte hormonal (tous non modifiables) font que certaines femmes ressentent un manque total de contrôle sur leur santé. Cette perte de maîtrise augmente alors la peur fondée sur la perception de la maladie, peur du risque personnel, peur des mesures qui peuvent être prises (9).

Certaines femmes citent le sentiment d'être ou de se croire en bonne santé (6). D'autres, par contre, citent la prédominance de préoccupations autres que leur état de santé actuel, mais aussi parfois l'existence d'autres pathologies, l'absence de symptômes, le vécu négatif de dépistages imposés, la douleur de l'examen comme facteurs freins à l'examen de dépistage (19),(24),(27),(28),(29).

Pour d'autres femmes, on retrouve une certaine apathie, elles ne se sentent pas concernées, « le dépistage n'est guère utile ... » (30).

La perception de leur capacité à adopter le comportement préventif influence également l'adhésion au dépistage (modeling) (34).

Facteurs concernant les représentations de la mammographie :

La mammographie n'est pas jugée comme un examen de grande utilité par certaines femmes (24) ; les croyances et les attitudes culturelles sont parfois responsables d'un dépistage tardif et donc d'un diagnostic tardif (9).

Enfin, la non-utilité de l'examen en l'absence de tout symptôme (3), les croyances négatives quant à l'utilité de cet examen (bénéfice), (29),(19), la mauvaise représentation de l'examen sont évoquées (27).

Parmi les facteurs concernant les **professionnels de santé**, (b) peu d'items ont été exploités par les différents auteurs des articles sélectionnés :

- Une invitation personnalisée par le médecin traitant (de préférence de sexe féminin) avec un rendez-vous pré-fixé, augmenterait la participation à l'examen de dépistage, une dynamique relationnelle d'échange mutuel (entre la consultante et son médecin) permet à la femme une participation dans le processus décisionnel. Un rappel par courrier augmenterait l'adhésion à l'examen (23).
- Des recommandations « claires » via le médecin de famille ou un autre praticien incitent et favorisent la réalisation de l'examen (21),(24),(28) ; une collaboration étroite avec les médecins de famille (22), le médecin « renseigné comme personne ressource » influence « l'accès » à la mammographie (27). En effet, une meilleure conscientisation de l'importance de l'examen émerge quand l'invitation provient du médecin (6).

- On perçoit donc ici l'**importance** accordée au **médecin de famille** dans la **démarche de dépistage** du cancer du sein.
- Seule une expérience relationnelle négative avec le staff médical est relatée comme préjudiciable dans la participation à l'examen de dépistage (27) ainsi que le rendez-vous « imposé » à la personne - patiente (28).

Facteurs institutionnels et contextuels (C)

Dans cette catégorie, nous retrouvons des facteurs comme

- l'organisation de campagne de dépistage systématique
- le rappel mais également l'invitation de la patiente à participer à un examen de dépistage
- l'accessibilité géographique mais aussi financière qui conditionnerait la participation à l'examen de dépistage etc...

Facteurs d'interactions (d)

En effet, au travers de cette revue de littérature, des liens ont pu être établis entre les différents facteurs précités.

- La participation à un examen de dépistage serait fonction notamment de la participation à d'autres examens de prévention (examen dentaire, dépistage au niveau du col,...) mais aussi de l'expérience vécue de dépistages précédents (26),(34).
- Dans le cadre d'une étude réalisée en Australie (1996), SAVAGE et al. évoquent d'une part une relation entre la prédisposition perçue de développer un cancer du sein et les inquiétudes générées à propos de cette problématique et d'autre part l'intention de passer l'examen de dépistage (7).
- D'autres (RONIS et al., 1992) relatent les interactions possibles entre la prédisposition perçue de développer un cancer du sein, le degré de gravité et la perception des avantages liés à l'examen de dépistage comme la mammographie. Ces avantages mais également ces obstacles peuvent faciliter l'adoption du comportement préventif (19).
ACKEN et al., en 1994, poursuivent cette même idée. La prédisposition et la gravité perçues entraînent une augmentation de la perception des avantages, et donc, in fine, augmente l'intention de passer l'examen de dépistage. Toutefois, les obstacles perçus semblent agir indépendamment de cette séquence et avoir un effet négatif sur la compliance (19).
- TAPLIN et MONTANO (1992) mettent en évidence une relation positive entre la participation à une mammographie et la croyance en l'efficacité de cet examen. Ils évoquent également une importante corrélation avec l'âge de la patiente et sa participation à l'examen de dépistage (croyance plus faible pour les plus de 65 ans vis à vis de l'utilité d'un tel examen), (26).

La relation entre la peur de la maladie et ses conséquences, et la pratique de l'examen de dépistage n'est pas parfaitement établie ; en effet, le sentiment de

menace n'engendre pas systématiquement un comportement préventif et donc par conséquent, la participation à un examen de dépistage (26).

- De même, il n'y aurait pas de mise en évidence que l'attente d'un résultat influence le niveau d'anxiété : on note une corrélation stable entre le score individuel d'anxiété avant de recevoir le rendez-vous et lors du follow-up (4).

Quant à la perception de soi, une enquête (téléphonique !) réalisée en France par EISINGER et al. (1992) révèle différentes informations intéressantes :

- les femmes seraient plus nombreuses que les hommes à craindre le cancer pour elles-mêmes, les personnes de plus de 65 ans seraient les « moins craintives ». Cette crainte du cancer pour soi-même est d'autant plus exacerbée que la répondante est peu ou pas satisfaite de son état de santé, qu'elle a de fréquents contacts avec les systèmes de soins, qu'elle déclare souffrir de mal-être, qu'elle ait été confrontée au cancer au sein de sa famille et/ou de son entourage, qu'elle ne fume ni ne consomme d'alcool. Cette crainte de la maladie serait inversement corrélée avec le fait de se sentir en bonne santé ; c'est le cas des « ex-fumeuses » qui craignent moins le cancer et se sentent moins concernées par les campagnes de dépistage ;

- les auteurs s'interrogent sur les effets éventuellement pervers de certaines actions préventives, où l'on privilégie la responsabilité des comportements individuels liés au mode de vie, qui contribueraient peut-être en partie à entretenir une « fausse assurance » chez les individus qui suivent ces conseils et feraient ainsi obstacle à d'autres comportements de prévention, plus médicalisés, s'adressant à une population asymptomatique. Les auteurs mettent ainsi l'accent sur la nécessité d'une meilleure cohérence entre les différents volets de l'action préventive des cancers (1).

Inversement, BEAULIEU et al. (1996) établissent un lien défavorable entre les patientes aux habitudes tabagiques importantes et leur adhésion à un examen de dépistage (21).

5. Populations défavorisées

Et qu'en est-il des milieux défavorisés ? les avis restent partagés ...

En ce qui concerne l'accessibilité au dépistage

EISINGER et al. , cité précédemment, confirment l'existence de lien entre l'isolement social et un moindre recours (ou possibilité de recours) au système de santé, ce qui a alors pour conséquence une faible participation au dépistage. Toutefois, cette étude précise que les grandes campagnes d'information organisées favorisent l'accès des femmes en général au dépistage, ce qui réduirait ainsi les inégalités socio-culturelles d'accès à ces examens de prévention (1).

RAGIN et al. (1995) évoquent également l'accessibilité aux infrastructures de dépistage comme facteur pouvant augmenter « la conscience accrue » qui elle-même favoriserait l'utilisation du dépistage. Cette « conscience » serait également éveillée par la diffusion d'informations concernant le cancer du sein , diffusion qui

doit être réalisée dans une communauté culturelle de référence mais aussi par un ciblage plus précis des campagnes médiatiques ⁽¹⁶⁾.

En ce qui concerne le niveau socio-économique et éducationnel :

Il existe une corrélation entre d'une part le niveau d'éducation (instruction) et le niveau socio-économique et d'autre part le taux participation à des examens de dépistage comme la mammographie ^{(6),(7),(34)}.

Les femmes faiblement alphabétisées ignorent qu'elles manquent de connaissances essentielles dans le domaine de la prévention du cancer du sein ⁽²⁷⁾.

Toutefois, une augmentation du niveau de connaissances ne supprime pas la barrière du coût évoqué par ces mêmes personnes comme facteur freinant toute démarche de dépistage. Et c'est ainsi que ces femmes, faiblement instruites, consultent malheureusement trop souvent à un stade avancé de la maladie, augmentant de ce fait le risque de mortalité ⁽²⁷⁾.

Une étude américaine (AIKEN et al. 1994) révèle que les femmes issues de milieux défavorisés réagissent mieux au programme de prévention alliant une approche éducative et une approche par le biais d'exercices sur la compliance (issue de la psychologie sociale) que celles issues de milieux économiquement plus aisés ; ces dernières semblent plus sensibles à l'approche éducative seule ⁽¹⁹⁾.

Autre paradoxe : au travers d'une étude canadienne réalisée en 1992 (BEAULIEU et al), il s'avère que les classes dites « pauvres » obtiennent de moins bons résultats dans « l'observation des ordonnances de mammographies » alors que cette même étude démontre par ailleurs que les femmes de plus de 60 ans, issues de milieux défavorisés et peu éduquées, répondent plus favorablement aux sollicitations des médecins de familles ; celles qui n'y répondraient pas de manière positive évoquent plutôt un désintérêt total pour les actions de prévention ⁽²¹⁾.

Le coût de l'examen de dépistage est fréquemment évoqué comme facteur-frein auprès des populations dites défavorisées ^{(24),(30)}.

Par contre, une enquête téléphonique réalisée en Nouvelle-Zélande en 1996 n'évoque aucune différence significative quant au niveau d'instruction, au statut socio-économique, à l'accès à un emploi (source de revenus) et toute démarche de prévention par mammographie . Cependant, les classes dites « défavorisées » ne possèdent peut-être simplement pas le téléphone ! ⁽²⁸⁾.

Enfin, une étude réalisée en Alabama en 1994 (SLENKER et al.) auprès d'un groupe de femmes noires aux faibles revenus et âgées de plus de 40 ans montre que le faible niveau de connaissances induit peu de comportements préventifs et que ces femmes, en matière de santé, ont des priorités autres que celles émanant du domaine de la prévention (elles visent plutôt le domaine du curatif).

6. Quelques pistes en Belgique ...

En 1997, P. HEREMANS (RESO – UCL), dans le cadre d'une enquête réalisée auprès des médecins généralistes s'interrogeait sur la signification des actions de prévention auprès des populations défavorisées et sur la place que pouvait occuper le médecin généraliste dans de telles démarches de promotion et d'éducation sanitaire.

Tout comme dans les études précédentes, il s'avère que les populations issues de milieux dits défavorisés ont des priorités différentes de celles rencontrées par les professionnels de santé : trouver et garder un emploi, s'offrir un logement, se nourrir et se chauffer au quotidien etc...

Selon les médecins traitants interrogés, la notion de « patients défavorisés » ne se limite pas uniquement au contexte financier strict, mais englobe également des notions comme la culture, l'isolement, le logement, l'analphabétisme,... (45).

En 1993, A. LEVEQUE et al. (ESP-ULB) ont réalisé une étude auprès des professionnels de santé de maisons médicales et d'associations de médecins généralistes, « ... à la recherche des obstacles à une pratique plus large de la promotion de la santé et de la prévention (absence de demande du public, difficulté de communication entre soignants et patients, manque d'informations, concurrence d'autres professionnels ou d'autres structures,...) » et le sondage d'opinion réalisé montre le rôle primordial du médecin généraliste en qualité de communicateur auprès des populations concernées ; cette communication ayant un impact favorable sur la compliance du patient face aux examens préventifs.

Ces mêmes auteurs ont réalisé une enquête auprès de 21 maisons médicales de la région Bruxelloise. Les résultats ont permis de démontrer une assez bonne connaissance des patient(e)s quant à la diversité d'actions à mener face aux problèmes de santé en général (effets positifs de certaines grandes campagnes de prévention : carie dentaire, vaccination tétanos, obésité,...).

Par contre, le niveau de connaissance des moyens de prévention baisse considérablement lorsque l'on évoque le cancer du sein ou le cancer du col. « ...Une femme sur trois pense toujours que l'on ne peut rien faire pour se prémunir du cancer du sein... ».

Une autre partie de cette même étude évoquait l'attitude des patient(e)s par rapport à l'envoi d'une lettre de rappel. Il semblerait qu'un grand nombre de patient(e)s ne voient aucun inconvénient, voire trouvent cela « normal » et ce, quel que soit le thème abordé (enfant, cancer du sein, vaccin contre la grippe) (94 %, 84,7%, 84,3%). L'homogénéité serait moins importante lorsque l'on évoque la rubrique « suivi des recommandations » (93,3%, 79,3%, 68,2%).

Toutefois, l'information suivante pourrait également trouver sa pertinence dans l'évocation de la réalisation future d'une campagne de prévention : plus de la moitié des patients pensent que les professionnels de santé « ne font pas assez pour la prévention » et que toute action de prévention devrait passer par la diffusion de conseils, de propositions d'examen, voire de rappels et de convocations (46).

En 1995., M. ANDRIEN (CERES – ULG) a mené une enquête qualitative auprès de milieux socio-économiques défavorisés dans la région de Liège et nous fait part de quelques résultats concernant le dépistage du cancer.

En effet, le dépistage du cancer , et même s'il est gratuit, ne s'avère pas être une pratique très courante auprès des populations défavorisées étudiées en région liégeoise ; il évoque le cas des dépistages du cancer du sein de la population féminine de plus de 40 ans. Cette non-participation au dépistage concerne principalement les croyances de non-guérison et les perspectives réduites de chacune de ces femmes.

« ... plus on l'apprend tard, plus longtemps on aura préservé une relative tranquillité de vie... » (49).

7. Conclusions

S'il est donc pertinent d'avoir essayé, au terme de cette nouvelle revue de littérature , de pointer les facteurs déterminants les comportements de prévention (dépistage par mammographie), il semble tout aussi utile de tenter de cibler les facteurs sur lesquels une action peut être proposée.

- Certaines femmes citent l'existence d'une mauvaise expérience antérieure de dépistage (20), en conséquence de quoi plus d'attention devrait alors être portée à l'encadrement de la patiente tout au long du processus de dépistage (29).

- Certaines études (ELWOOD et al. - 1998), (Mc MUNN et al. – 1993) évoquent la peur de la douleur comme « facteur frein » à l'examen (29),(30) ; ces mêmes auteurs suggèrent de faire participer plus activement la patiente à l'examen de mammographie, elle en ressentirait moins de douleur (29).

- Le rôle du médecin traitant, soit dans l'organisation d'une campagne de dépistage (participation active),, soit en encourageant ses patientes à pratiquer un examen, doit se développer (30), ce qui améliorerait l'adhésion à un comportement préventif de dépistage.

En effet, selon SEGNAN et al. (1997), les femmes participent plus facilement au test de dépistage proposé si « l'appel à l'examen » se fait via une lettre d'invitation; si la date, l'heure et le lieu de l'examen sont clairement précisés et si le tout est signé par le médecin traitant (3).

D'autres auteurs, BURTON et al. (1997), insistent sur la nécessité de procéder à un rappel auprès des femmes qui hésiteraient à passer l'examen (20).

- Des différences significatives existent quant au taux de participation suivant les catégories d'âge : certains auteurs départagent les femmes en deux catégories : les 40-65 et les 65 et plus (26) ; d'autres distinguent les moins de 49, les 50-65 et enfin les plus de 65 ans (30) ; le degré de compliance étant le plus élevé auprès des 40-65. Un meilleur ciblage des populations concernées augmenterait sans doute les taux de participation.

Enfin , dans leur étude, BEAULIEU et al. (1996) précisent que les femmes de moins de 50 ans surestiment « leur chance » de développer un cancer du sein (ce qui se vérifie par la surconsommation d'examens médicaux) et inversement il existe une couverture insuffisante auprès de la population « très âgée » (21).

- Les croyances que les femmes ont en matière de santé influencent largement l'adhésion aux examens de dépistage .

Ces croyances concernent tout autant des facteurs modifiables comme la prédisposition perçue de développer un cancer du sein , les avantages perçus liés au passage de l'examen de dépistage que des facteurs non ou moins modifiables

comme la gravité et les obstacles perçus liés à l'examen ; tous ces facteurs induisant positivement ou négativement l'intention de passer l'examen de dépistage (19).

Cette perception du risque de développer un cancer du sein pourrait être modifiée notamment en calculant le risque réel ou absolu (sur base de facteurs prédictifs comme l'âge, la date des premières règles, de la première grossesse ...) de chaque femme susceptible d'être atteinte par la maladie et ensuite en informant chacune d'elles de ce risque et en leur soumettant diverses propositions (2).

Un premier constat s'impose :

Une analyse préalable (Centre d'Education du Patient) à la campagne de dépistage du cancer du sein réalisée dans l'entité de Mettet – Florennes en 1991 montre une certaine similarité avec les premières observations dégagées de cette dernière revue de littérature. Elles concernent les facteurs déterminants les comportements des femmes par rapport au dépistage par mammographie :

- l'influence positive mais aussi négative des expériences antérieures de maladie (et dans ce cas précis de cancer) et d'examen de dépistage,
- la peur générée par la démarche de dépistage
- les caractéristiques socio-démographiques
- l'importance du tissu social (famille proche, ami...)

favorisent la démarche de prévention

- l'accessibilité géographique, temporelle mais également financière est encore fréquemment évoquée comme facteur freinant l'intention de passer un examen de dépistage.

De nos jours, ce qui apparaît encore avec plus d'acuité , c'est l'importance et le rôle prépondérant que le médecin (de famille) aurait à jouer dans la démarche de prévention. Ce rôle ne devrait cependant **pas s'arrêter** à un simple **rôle de guidance** mais devrait être envisagé dans un « **encadrement plus large** » de la patiente.

La prochaine campagne de prévention devrait sans doute d'abord concerner ce « public relais ».

Outre le souhait émis par le CELOPS/ORS de sensibiliser de façon accrue les médias, mais aussi les décideurs et les acteurs sociaux (mouvements d'éducation permanente, les associations,...), celui de conscientiser les acteurs de santé (médecins généralistes mais aussi spécialistes) rencontre donc bien les résultats des premières observations issues de notre revue de littérature. Les professionnels de santé (et plus particulièrement les médecins) sont en effet perçus comme personnes ressources pouvant induire un comportement favorable de promotion santé, tout particulièrement vis à vis des campagnes de dépistage en faveur de la prévention du cancer du sein.

Par l'intermédiaire de cette revue de littérature et au travers de la compréhension de facteurs déterminants des comportements de prévention face au dépistage par mammographie, nous avons donc essayé de répondre à certaines questions soulevées par le CELOPS - ORS , à savoir :

- Quelles sont les perceptions des femmes par rapport à la santé et au cancer du sein ?
- Quelles sont les expériences vécues par ces femmes ?
- Quelles sont les représentations des femmes par rapport au cancer, au dépistage du cancer du sein ?

D'autres questions restent cependant sans réponse pour l'instant et devront faire l'objet d'une plus grande attention :

- Comment informer les femmes, avec quels outils, quels messages ?
- Par quels moyens peut-on aider les femmes à adopter des comportements préventifs en matière de santé ?
- Quelles sont les raisons qui poussent les femmes à participer ou non aux séances d'animations santé organisées par le CELOPS ?
- Qu'en est-il des femmes « régulièrement dépistées » et chez qui se développe toutefois un cancer du sein (cancer d'intervalle) ?

Nous pourrions aussi essayer de savoir pourquoi toutes les études recensées au travers de cette revue de littérature se sont principalement focalisées sur la compréhension des mécanismes de comportements des publics cibles et dans une moindre mesure sur les comportements des professionnels de santé ! S'agit-il d'un oubli ? d'une démarche délibérée ? d'une non remise en question ?

Toutefois, une nouvelle campagne de prévention devrait aller au-delà des informations strictement rationnelles comme l'organisation de séances de dépistage, l'accessibilité géographique, le mode d'information,...) et prendre en considération des aspects psycho-sociaux, peu développés jusqu'à ce jour qui concernent tout autant le domaine des représentations sociales, des différences culturelles, des tabous (résistance, non-dits, pudeur, appréhension...).

8. Bibliographie

1. EISINGER F., MOATTI J-P., (1994), Attitudes de la population féminine française face au dépistage des cancers, Bull Cancer, 81, pp 683-690.
2. ALEXANDER NE., ROSS J ., (1996), The effect of an educational intervention on the perceived risk of breast cancer, J Gen Intern Med, Vol 11, February 1996, pp 92 – 97.
3. SEGNAN N., SENORE C., (1997), Promoting participation in a population screening program for breast and cervical cancer : a randomized trial of different invitation strategies, Tumori, 84, pp 348 – 353.
4. SUTTON St., SAIDI G., (1995), Does routine screening for breast cancer raise anxiety ? Results from a three wave prospective study in England, Journal of Epidemiology and Community Health, 49, pp 413 – 418.
5. ROTHMAN J. A., SALOVEY P. , (1993), Attributions of Responsibility and Persuasion : Increasing Mammography Utilization among women over 40 with an internally oriented message, Health Psychology, Vol. 12, n° 1, pp 39 – 47.
6. MEYSTRE-AGUSTONI G., DUBOIS-ARBER Fr. , (1998), Exploring for non-participation of women in a breast cancer screening campaign, European journal of Public Health, Vol 8, n°2, pp 143 – 145.
7. SAVAGE A.S., CLARKE A.V., (1996), Factors associated with screening mammography and breast self-examination intentions, Health Education Research, Vol 11, n° 4, pp 409 – 421.
8. HAGEN LISTE Karen, (1999), Breast cancer, personality and the feminine role, Patient Education and Counseling, 36, pp 33 – 45.
9. MARINO Ch., GERLACH K .K., (1999), An analysis of breast cancer coverage in selected women's magazines, 1987 – 1995, The Science of Health Promotion, January/February 1999, Vol. 13, n° 3 ; pp 163 – 170.
10. LANGELLIER K.M., SULLIVAN Cl. F., (1998), Breast Talk in Breast Cancer Narratives, Qualitative Health Research, Vol 8, n° 1, pp 76 – 94.
11. RAKOWSKI W., DUBE C. A. , (1996), Considerations for extending the transtheoretical model of behavior change to screening mammography, Health Education Research, Vol 11, n° 1, pp 77 – 96.
12. BEAULIEU M-D, ROY D. , (1994), Dépistage du cancer du sein : l'intervention du médecin de famille est-elle efficace ? L'union Médicale du Canada – mars 1994, pp 154 – 162.

13. MOATTI J-P., BEJA V., (1992), Dépistage des cancers, Baromètre santé 92, pp 63 – 77.
14. Œuvre Belge du Cancer (1991), Dépistage : pourquoi, comment ? Challenge, Septembre 1991, n° 23, pp 6 – 9.
15. Bulletin d'informations épidémiologiques de la Communauté Française de Belgique, (1992), Spécial dépistage cancers, Santé et Communauté, Septembre 1992, n° 20, pp 1 – 4.
16. RAGIN L., SAMMONS-POSEY D., (1995), Breast and cervical cancer screening, outreach, education, and follow-up for minority and/or socioeconomically disadvantaged women, Social Marketin Quarterly, Fall 1995, pp 35 – 38.
17. INSTITUT SCIENTIFIQUE de la SANTE PUBLIQUE (1998), Morbidat : morbidité : situation actuelle. Morbidités : état actuel des connaissances – cancer du sein, 12 pages, <http://w.w.w.iph.fgov.be/epidemi/morbidat>.
18. FEDERATION BELGE CONTRE LE CANCER (1999), Cancer du sein : que pouvez-vous faire ? 16 pages, <http://w.w.w.acc-vkb.be/Prevention/>
19. AIKEN L.S., WEST St.G., (1994), Increasing screening mammography in asymptomatic women : evaluation of a second-generation, theory-based program, Health Psychology, November 1994, Vol 13, n° 6, pp 526 – 538.
20. BURTON MV., WARREN R. , (1998), Psychological predictors of attendance at annual breast screening examinations, British Journal of Cancer, Vol 77, n° 11, pp 2014 – 2019.
21. BEAULIEU M-D., BELAND Fr., (1996), Factors determining compliance with screening mammography, Canadian Medical Association Journal, 1996 May 1, 154 (9), pp 1335-1343.
22. Mc AULEY RG., RAND C., (1997), Recruiting women for breast screening. Family physician Model strategy, Can Fam Physician, 1997 May, Vol 43, pp 883-888.
23. PHILLIPS K., KERLIKOWSKE K. , (1998), Factors associated with women's adherence to mammography screening guidelines, Health Services Research, April 1998, 33 (1), pp 29 – 53.
24. VALDINI A., CARGILLC., (1997), Access and Barriers to mammography in New England community Health centers, The Journal of Family Practice, September 1997, Vol. 45, n° 3, pp 243 – 249.
25. MURRAY M. , McMILLAN C., (1993), Health beliefs, locus of control, emotional control and women's cancer screening behaviour, British Journal of Clinical Psychology, February 1993, 32, pp 87 – 100.

26. TAPLIN St., MONTANO D., (1993), Attitudes, age and participation in mammographic screening : a prospective analysis, J Am Board Fam Pract, January-February 1993, Vol 6, n° 1, pp 13 – 23.
27. DAVIS T., ARNOLD C. , Knowledge and Attitude on screening mammography among low-literate, low-income women, Cancer, November 1996, Vol 78, n° 9, pp 1912 – 1920.
28. McNOE Br., RICHARDSON A.K., (1996), Factors affecting participation in mammography screening, New Zealand Medical Journal, 27 September 1996, 109, pp 359 – 361.
29. ELWOOD M., McNOE Br., (1998), Once is enough – why some women do not continue to participate in a breast cancer screening programme, 22 May 1998, 111, pp 180 – 183.
30. Mc MUNN E., (1993), Nonparticipation in mammography screening : apathy, anxiety or cost ?, 14 JULY 1993, 106, 284 – 286.
31. SENSIBA M ., STEWART D., (1995), Relationship of perceived barriers to breast self-examination in women of varying ages and levels of education, <http://medserv.com/onf/ISSUES/VOL22-8/1265.html>
32. DOUGLAS M., BARTOLUCCI A. , (1995), Breast cancer early detection : differences between african american and white women's health beliefs and detection practices, <http://medser.com/onf/ISSUES/VOL22-5/835.html>
33. LOEKEN K ., STEINE S. , (1996), A new measure of patient satisfaction with mammography. Validation by factor analytic technique, Family practice, February 1996, Vol 13, n°1. pp 67 – 74.
34. LECHNER L., de VRIES H., (1997), Participation in a breast cancer screening program : influence of past behavior and determinants on future screening participation, Preventive Medicine, 26, pp 473 – 482.
35. CHAOUI N., PIETTE D., (1997), Mortalité : cancer du sein, Sanomètre 16, 2 pages.
36. CADY Bl., EVANS W. Ph., (1998), Le point sur quelques controverses actuelles à propos du cancer du sein, Patient Care, Avril 1998, Vol 21, n° 4, pp 12 – 30.
37. BARTSCH P. , (1997), Le cancer du sein : un dépistage généralisé et organisé pour quoi faire ? Observatoire, 15, pp 47 – 53.
38. LANNOYE G., (1997), Dépistage du cancer du sein en Brabant Wallon, Observatoire, 15, pp 66 – 67.
39. Centre de Recherche Opérationnelle en Santé Publique, Service épidémiologie, Institut Scientifique de la Santé Publique – Louis Pasteur, (1997), La santé de la

population en Belgique, en communauté française , en région wallonne et en région bruxelles capitale, résumé des résultats, enquête de santé, Belgique, 1997, p 38, pp 69 –70.

40. SALDEN M. , (1999), Action sein 1999, Cancer info, Juin 1999, p 25.

41. WESTON R., Cancer Prevention : a review of the effectiveness of health education and health promotion, pp 26 – 86.

42. STRAUGHAN P.T. , SEOW A. , (1995), Barriers to mammography among chinese women in Singapore ; a focus group approach, Health education research, Vol 10, n°4, pp 431 – 441.

43. DUKE S.S., GORDON-SOSBY K ., (1994), A study of breast cancer detection practices and beliefs in black women attending public health clinics, Health Education research, Vol 9, n° 3, pp 331 – 342.

44. CENTRE LOCAL D'OBSERVATION ET DE PROMOTION DE LA SANTE ASBL – OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE CHAMPAGNE – ARDENNE, (1999), Dépistage du cancer du sein : action de sensibilisation de la population dans la région transfrontalière de Champagne – Ardenne et dans la Province de Namur. Recherche Action, 46 pages.

45. HEREMANS P., (1998), Prévention, médecine générale et milieux défavorisés, Education Santé, Janvier-Février 1998, n°124, pp 12-14.

46. LEVEQUE A., de ROUBAIX J., (1999), La prévention vue par les patients des maisons médicales, Education Santé, Juin 1999, n° 139, pp 44-46.

47. DECCACHE A., (1995), Un cadre théorique pour comprendre et agir sur le problème de la non-compliance aux traitements, Mars 1995 , Bulletin d'Education du Patient, Vol . 13, n°1, pp 6-12.

48. DECCACHE A., (1994), La compliance des patients aux traitements des maladies chroniques, approche éducative globale. Thèse de doctorat en santé publique – Education pour la santé, U.C.L. – RESO , Bruxelles, 413 pages

49. ANDRIEN M., (1998), Prévenir le cancer avec le minimex ? Education Santé, Janvier-Février 1998, n°124, pp 14 – 15.

Annexe : grille de lecture

DOSSIER APREVENTION CANCER DU SEIN @ H/user/fixe/rech/dossier.dd/grilsein

Grille d'analyse de littérature (une par document, svp)

Numéro du DOC analysé: _____

Initiales chercheur: . Date analyse:.... /99

Echéance retour à DD: Je 08/07/99

NB: merci de rester succinct et clair ! Si des informations sont répétées, ne reprendre que la réf (année, N° de doc...)

	Question / sujet d'analyse	synthèse des informations trouvées (svp avec réf de l'année du doc, de la réf ou de l'action ou de la rech)
1	<p>Quels sont les facteurs déterminants le comportement des femmes face au « dépistage du cancer du sein » (facteurs facilitants mais aussi freins, obstacles ...).</p> <p>Distinguer plusieurs niveaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le public-cible (femmes de 50 à 69 ans !) - médecins généralistes, gynécologues, soignants et entourage proche). 	
2	<p>a) Quels facteurs modifiables versus non-modifiables ont été identifiés ?</p> <p>b) Quels liens (corrélation) ont été mis en évidence entre les facteurs identifiés ?</p>	

3	Par rapport au milieu défavorisé en particulier, quelle information ce document nous apporte-t-il ?	
4	Divers : autres informations très pertinentes éventuelles trouvées	