



LES FACTEURS D'ADHESION ET DE RESISTANCE DES FEMMES DE 50 A 74 ANS AU DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN

RESUME D'ETUDE

Etude réalisée par



Septembre 2001



L'Assurance Maladie
caisses primaires
service médical
mutualité fonction publique



Assurance Maladie
des Professions Indépendantes



Mutualité Sociale Agricole

LES FACTEURS D'ADHESION ET DE RESISTANCE DES FEMMES DE 50 A 74 ANS AU DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN

RESUME D'ETUDE

Cette étude a été réalisée auprès de femmes de 50 à 74 ans, qui consultent dans les Centres d'examens de santé (CES) de Lyon et Chambéry. Elle a été demandée par un groupe de travail du Programme Régional de l'Assurance Maladie pour augmenter la participation des femmes au dépistage du cancer du sein. L'étude a été réalisée par l'ORS Rhône-Alpes, en collaboration avec les CES de Lyon et Chambéry, l'Adémas-69, et l'URCAM Rhône-Alpes qui l'a financée.

Une étude chez les consultantes des Centres d'Examens de Santé

Les CES ont été choisis en raison de leur caractère préventif et de leur mission particulière vis à vis des personnes en situation précaire. Le Rhône a depuis 1989 un programme de dépistage organisé, alors qu'en Savoie le dépistage est uniquement individuel.

L'étude avait pour objectif principal de mesurer la répartition des facteurs d'adhésion et de résistance au dépistage du cancer du sein, dans le but d'améliorer la communication sur ce dépistage, notamment pour les femmes en situation précaire. Elle avait aussi l'objectif secondaire de donner des éléments d'appréciation sur la "perception" par les femmes du programme de dépistage organisé du Rhône.

Le recueil des données a eu lieu de juillet à décembre 2000. Les femmes ont d'abord été incluses de façon exhaustive, puis seules les femmes non suivies et/ou

précaires ont été interrogées avec le questionnaire complet pour augmenter les effectifs de ces groupes. Le questionnaire comportait des questions différentes pour les suivies et les non suivies. Il était administré par une éducatrice de santé après la consultation médicale. Des données générales ont été recueillies auprès de 1180 consultantes des deux CES, et des données approfondies ont été recueillies auprès de 352 consultantes.

Quatre groupes de femmes ont été comparés selon leur suivi ou non par mammographie (dans les 36 derniers mois) et leur situation de précarité ou non (cf. ci-dessous). Trois analyses multivariées ont complété la comparaison des groupes : une régression logistique des facteurs de suivi par mammographie, et deux analyses en composantes multiples, l'une sur les représentations des femmes sur le cancer du sein et son dépistage, et l'autre sur les motifs de non suivi.

Une population plus médicalisée, donc plus suivie

Comme toujours lorsqu'on interroge des personnes fréquentant un service de santé, il y a un biais de sélection. Les consultantes des CES sont plus jeunes que la population des deux départements, car la fréquentation des CES diminue à partir de 60 ans. Ce sont surtout les femmes salariées, affiliées au régime général de l'Assurance maladie ou ayant droit qui consultent. Les artisans,

commerçantes, agricultrices, et autres professions indépendantes, qui en général ne peuvent pas bénéficier du bilan de santé sont donc très peu représentées.

Les consultantes sont plus suivies par mammographie que la population générale, avec un taux de couverture en mammographie dans les 36 mois de 86% à Lyon et 76% à Chambéry. Alors que le taux de participation au dépistage organisé par l'Ademas-69 dans le Rhône est de 48% pour la campagne 2000, et que d'après les premières données du Baromètre santé 2000, 63% des femmes françaises de 50-69 ans déclarent une mammographie dans les 3 dernières années. Seules 4% des consultantes des deux CES n'ont jamais eu de mammographie, contre 9% des femmes françaises de 50-69 ans.

La différence de couverture de 10% observée entre Lyon et Chambéry suggère un effet du programme de dépistage organisé du Rhône.

Deux indicateurs de précarité qui influencent le suivi

La situation de précarité, évaluée selon le critère administratif du "Code Article 2" (femmes au chômage, RMI, ou en Contrat emploi solidarité, ou conjointes de personnes dans ces dispositifs), concerne 11% des consultantes de Lyon et 16% de celles de Chambéry. Les personnes entrant dans ces dispositifs sont systématiquement invitées. Mais seule une minorité de femmes invitées viennent effectivement.

Le Score Epices, basé sur 11 questions, comprend la précarité dans une dimension plus large, à la fois économique et relationnelle. Les femmes précaires (le quartile supérieur de l'échantillon, dont le score est supérieur à

28/100) seraient 24% des consultantes lyonnaises et 17% de celles de Chambéry. Ces deux indicateurs de précarité ne coïncident que pour deux femmes sur trois, ce qui montre qu'ils ne mesurent pas les mêmes phénomènes.

Le taux de couverture en mammographie de moins de 36 mois des femmes précaires selon le Code Article 2 est significativement plus bas à Chambéry (-16%), mais pas à Lyon. Le score Epices s'avère plus discriminant dans les deux départements, la baisse de couverture des femmes précaires étant estimée à 29% à Chambéry et 18% à Lyon.

Les non suivies diffèrent des suivies sur de nombreux points

Les femmes non suivies (pas de mammographie depuis 36 mois) diffèrent des suivies sur de nombreux points :

- Elles sont plus âgées, ont un niveau d'études moins élevé, sont moins souvent en couple, et vivent plus souvent en zone rurale en Savoie.
- Elles sont moins soucieuses de leur apparence, de faire de l'exercice physique, elles recherchent moins les plaisirs de la table et de la boisson, mais ne diffèrent pas pour ce qui est de fumer.
- Elles ont plus de difficultés de déplacement (difficulté à monter un étage), tout en se percevant autant en bonne santé et en ne déclarant pas plus de problème de santé chronique que les suivies.
- Elles déclarent moins souvent avoir peur du cancer et ont moins souvent eu d'antécédents personnels de maladie du sein. Mais elles ne diffèrent pas pour la connaissance de cas de cancer chez les proches ou dans leur famille.

- Elles semblent fréquenter plus leur médecin généraliste, mais sont très significativement moins suivies par un gynécologue, font moins régulièrement de frottis du col, et ont moins fait de test Hemocult de dépistage du cancer colorectal. Elles fréquentent également moins leur dentiste.

Caractéristiques du non suivi ou caractéristiques de la précarité ?

Le Code Article 2 ne se révèle pas très discriminant, les femmes précaires au regard de ce critère administratif ayant des caractéristiques très proches des non précaires. Elles sont plus jeunes mais c'est uniquement parce qu'arrivées à la retraite elles changent de numéro de code et ne sont plus considérées comme précaires.

La précarité évaluée par un score Epices supérieur à 28/100 change les résultats. Le score permet de mieux discriminer les groupes et montre que la précarité peut agir comme un facteur de confusion du non suivi.

- Des facteurs qui semblaient liés au non suivi lorsque la précarité est évaluée par le Code Article 2 se révèlent être liés uniquement à la précarité évaluée par le score Epices. C'est le cas des difficultés de déplacement, de l'importance de l'exercice physique, de la fréquentation du dentiste, de la réalisation de frottis du col au moins une fois.
- D'autres facteurs restent liés au non suivi tout en s'avérant être aussi liés à la précarité évaluée par ce score : être plus âgée, aimer peu boire de l'alcool, moins fréquenter le gynécologue, moins faire de frottis du col dans les 3 dernières années.

Le groupe des femmes non suivies précaires (score Epices) est numériquement faible parmi les consultantes des CES mais il cumule souvent les caractéristiques des non suivies et celles des femmes en situation précaire. Ces femmes, qui ne vivent pas particulièrement en milieu rural en Savoie (contrairement aux non précaires), sont les seules à déclarer une confiance plus faible dans le corps médical, et hormis le généraliste, elles utilisent moins tous les autres services ou actes de santé analysés (gynécologue, dentiste, frottis du col et test Hemocult). Elles déclarent moins souvent avoir connu des cas de cancer du sein ou autre chez des proches.

L'adhésion aux représentations scientifiques du cancer du sein est majoritaire...

Les questions sur les représentations du cancer du sein montrent que les consultantes des CES ont pour une grande majorité un bon niveau d'information et qu'elles adhèrent aux représentations scientifiques du cancer, de ses facteurs de risque et de son traitement.

- Le risque individuel et familial est reconnu, les femmes savent qu'aujourd'hui on guérit souvent du cancer du sein et qu'il n'est pas nécessaire d'amputer tout le sein.
- En ce qui concerne les causes et facteurs de risque du cancer du sein, les opinions sont plus partagées, mais en majorité les femmes disent que ce n'est pas le destin qui fait qu'on a ou non un cancer. Elles savent que le risque ne diminue pas après la ménopause et qu'on n'a pas moins de risque quand on a des petits seins. Par contre, les émotions et les traumatismes physiques du sein sont

considérés comme un facteur de risque par une majorité de femmes, ce qui n'a jamais été démontré.

Les non suivies, tout en ayant un niveau d'information élevé, se distinguent des suivies en répondant moins souvent qu'elles dans le sens de la rationalité scientifique. Pour le rôle des émotions et des traumatismes, elles répondent comme les suivies. Toutefois, lorsqu'on utilise le score Epices, les non suivies non précaires répondent comme les suivies (sauf pour ce qui concerne l'amputation du sein pour traiter le cancer), et ce sont les seules non suivies précaires qui s'en distinguent.

Les suivies précaires font de même à un niveau un peu moindre, si bien qu'à nouveau il semble que ce soit la précarité plus que la non participation qui soit liée aux différences de représentations sur le cancer du sein et son traitement.

Par contre les différences des représentations sur le dépistage sont liées au non suivi, indépendamment de la précarité, qu'elle soit évaluée par le code article 2 ou le score Epices. Les non suivies pensent que la mammographie est inutile si on ne voit rien et si on ne sent rien au sein. Le pourcentage des femmes qui disent que le dépistage rend malade est très faible, mais plus important chez les non suivies, révélant la peur d'un examen qui parle le langage de la maladie.

... mais les "sceptiques", les "fatalistes", et les "opposantes" ne les partagent pas

L'analyse des représentations en composantes multiples permet de formuler l'hypothèse d'une répartition des femmes en 5 tendances :

- Les "rationnelles", qui adhèrent aux représentations scientifiques sur les facteurs de risque du cancer et son traitement, parmi lesquelles on distingue deux tendances : d'une part les "catégoriques" ayant des opinions affirmées et qui sont favorables au dépistage ; d'autre part les "modérées", qui ont des opinions plus nuancées, cette moindre adhésion aux représentations rationnelles étant liée à un moindre suivi.
- Les trois autres groupes sont liés au non suivi, tant pour la mammographie que pour le frottis du col. Les "sceptiques" ne se prononcent pas sur leurs représentations du dépistage et semblent douter de son utilité. Les "fatalistes" donnent un poids important au destin par rapport aux représentations rationnelles du risque, et ont très peur du cancer. Les "opposantes", les plus radicales, pensent que le dépistage est dangereux et n'ont pas peur du cancer, inversant ainsi la balance risque / avantages.

Il est à noter que les "rationnelles catégoriques" et les "sceptiques" se recrutent plus à Lyon, alors que les "rationnelles modérées" et les "fatalistes" se recrutent plus à Chambéry. Ce qui suggère l'hypothèse que plus d'information (du fait du programme organisé dans le Rhône) aboutirait à rendre les rationnelles soit plus catégoriques soit plus sceptiques, et à diminuer les représentations fatalistes.

Six facteurs de suivi significatifs dans une régression logistique multiple

Dans une régression logistique à un seul facteur, 18 variables socio-démographiques, sanitaires, d'utilisation des services de santé, ou de représentation du cancer du sein et du dépistage sont significativement liées au suivi (ou au non suivi) par mammographie. Après une régression logistique multiple, seules 6 variables demeurent liées au suivi (de façon hautement significative). Ces facteurs sont ajustés sur les autres dans l'équation de régression, ce qui signifie que chacun a un rôle propre indépendamment des 5 autres.

- La liaison du non suivi avec le score Epices est très forte, alors que, par contraste, le Code article 2 n'est pas explicatif. Cela confirme son intérêt comme indicateur regroupant différents facteurs de non adhésion au dépistage du cancer du sein.
- La liaison du suivi avec la ville (Lyon) ne peut être totalement assimilé au rôle du programme de dépistage organisé du Rhône, mais le programme en est une composante. En effet, les consultantes des CES de Lyon et de Chambéry diffèrent par d'autres caractéristiques sociales, de précarité, d'emploi, de santé, de mobilité. Et elles ne sont pas représentatives de la population du département. Sans être une preuve, c'est donc un argument en faveur du programme du Rhône.
- La liaison du suivi avec la consultation du gynécologue dans l'année et un frottis du col fait dans les 36 mois montre la forte liaison du dépistage du cancer du sein au suivi gynécologique et à l'adhésion au dépistage du cancer du col. Ces deux

facteurs comportent à la fois une dimension personnelle (c'est la femme qui décide d'aller consulter le gynécologue et accepte de faire un frottis) et une dimension professionnelle (le rôle du gynécologue, ou du médecin qui réalise le frottis, puisque le frottis est significatif indépendamment de la consultation du gynécologue).

- La liaison du suivi avec la crainte du cancer et la croyance au fait que le risque de cancer du sein concerne toutes les femmes montre l'importance que la conviction d'être personnellement concernée par le cancer incite au suivi.

Bonne appréciation des mammographies

Une grande majorité des consultantes des CES jugent bonne la qualité de leur dernière mammographie, qu'elles soient précaires ou non précaires. La pénibilité de l'examen est nulle pour la moitié des suivies, et faible pour un tiers d'entre elles. La grande majorité des femmes (suivies) est indifférente au fait d'être mammographiée par un homme ou une femme.

Il ressort des données chiffrées et des réponses aux questions ouvertes que des progrès sont souhaités au niveau du délai de rendez-vous (à Chambéry), de l'accueil du radiologue, de la douceur de la manipulation, et des explications sur l'envoi des résultats et dans la lettre de résultats elle-même.

Des arguments en faveur du programme du Rhône

Quoique les consultantes des CES ne soient pas représentatives de la population du Rhône, et que cette étude

n'ait pas été conçue pour évaluer le programme expérimental de dépistage du Rhône, des arguments sont en faveur d'un effet de ce programme :

- Trois arguments ont déjà été mentionnés : la différence de taux de couverture en mammographie de 10% entre les consultantes de Lyon et de Chambéry ; le moindre écart de ces taux à Lyon entre précaires et non précaires ; la persistance de la variable "Lyon" comme facteur de suivi dans la régression logistique multiple.
- Les Lyonnaises qui ont été invitées sont plus suivies que celles qui ne l'ont pas été.
- Les différences de représentation entre groupes suivies et non suivies sont souvent plus faibles à Chambéry qu'à Lyon, ce qui pourrait être expliqué par un effet du programme organisé, qui s'accompagne d'une meilleure circulation d'information, et donc d'évolution des représentations des femmes suivies.
- Les consultantes des CES de Lyon jugent meilleure la clarté des résultats que celles de Chambéry.
- Plus de la moitié des motifs décisifs de participation indiqués par les Lyonnaises sont liés au programme : recevoir une lettre d'invitation, la gratuité, la facilité, et le fait que pour certaines c'était une première occasion de faire la mammographie sont plus souvent déclarés qu'à Chambéry où les causes principales sont le conseil du médecin et l'existence de cas de cancer dans l'entourage.
- Les non suivies Lyonnaises mentionnent moins souvent le coût comme obstacle à la mammographie que les Savoyardes : la

mammographie est gratuite pour la femme dans le programme organisé du Rhône.

- Les Lyonnaises suivies estiment pour une grande majorité être bien ou très bien informées sur le programme de dépistage
- Le taux d'enregistrement et d'invitation est bon, ce qui témoigne d'un fichier actualisé. Il faut cependant rappeler que les femmes ont la liberté de refuser d'être inscrites dans le fichier de l'Ademas-69.

Des points faibles au niveau de la communication du programme du Rhône

Cependant, des points faibles ont été identifiés :

- L'impact de la campagne de communication est faible, en ce qui concerne l'identification et la mémorisation des affiches et des dépliants d'information. Le nom "Ademas-69" n'est connu que de deux femmes suivies sur trois. Et pourtant, les consultantes des CES sont des femmes plus "médicalisées" que la population générale.
- Les non suivies, qui ont presque toutes été invitées, ont moins de souvenir de la campagne de communication, et elles s'estiment nettement moins bien informées que les suivies, quelle que soit leur situation de précarité.
- La compréhension du circuit des résultats et la lettre donnant le résultat peuvent être améliorés.
- Les femmes répercutent les critiques formulées par leurs médecins sur les modalités de fonctionnement du

programme de dépistage organisé : une seule incidence, et cliché non disponible pour le médecin traitant. La double incidence est inscrite dans le nouveau cahier des charges de la mammographie de dépistage défini au niveau national.

Tous les motifs de non suivi ne peuvent être dits

Les motifs de non suivi par mammographie le plus souvent avancés tiennent à la perception d'un bon état de santé, à un bon suivi médical, et à des difficultés conjoncturelles : manque de temps (surtout à Lyon), autres soucis, autres problèmes de santé. Les oppositions affirmées au dépistage sont rares, mais pour certaines femmes il n'apparaît pas vraiment de motif important.

Les femmes en situation précaire mettent logiquement plus en avant le problème d'argent (surtout à Chambéry où il n'y a pas d'invitation gratuite). Elles déclarent également plus souvent avoir peur qu'on leur annonce un cancer.

L'analyse en composantes multiples des motifs de non suivi peut se résumer par la mise en évidence de trois tendances :

- Les femmes dont les motifs sont inconnus, est le groupe le plus important. Elles n'ont pas répondu aux motifs de non participation et semblent être des femmes sur la défensive par rapport à la mammographie ou au cancer du sein : elles ne savent pas ou ne veulent pas argumenter leur absence de suivi. Elles ne sont pas opposées au système médical ni à la prévention : beaucoup ont eu un frottis depuis moins de 36 mois ou vu leur gynécologue depuis 6 à 12 mois. C'est le groupe qui comporte les femmes les plus diplômées (diplôme supérieur au Bac). Sans doute peu sensibles au dépistage systématique par lettre d'invitation (peut-être justement parce que c'est une action de masse alors qu'elles sont bien suivies individuellement), elles pourraient être accessibles à un dépistage proposé par leur médecin gynécologue, puisque beaucoup l'ont vu récemment alors qu'elles n'ont pas toutes de médecin généraliste, et ainsi dépasser cette négligence ou cette mise à distance de la mammographie.
- Les femmes qui avancent des motifs conjoncturels : problèmes logistiques, autres soucis, ou non prescription du médecin. C'est dans ce groupe que se retrouvent surtout les femmes sans diplôme ou employées. L'enjeu est de leur permettre de dépasser ces motifs pour rentrer dans un dépistage du cancer du sein. L'incitation au dépistage par le médecin peut les y aider. Mais ces femmes sont les mieux suivies par leur gynécologue.
- Les femmes qui ne croient pas à la mammographie, qui se sentent peu concernées par le cancer et par la prévention. Ces femmes sont vraisemblablement les moins accessibles au dépistage et une lettre d'invitation ou une affiche publicitaire, n'auraient sans doute que peu d'impact auprès d'elles. Il faudrait les convaincre durant une consultation médicale... ou plusieurs. Quoique leur confiance dans le système médical soit limitée, le gynécologue et surtout le médecin généraliste sont fréquemment consultés par ces femmes qui ont souvent des problèmes de santé chroniques, et sont souvent de profession intermédiaire ou cadre supérieur.

Il n'est pas facile pour les femmes d'expliquer pourquoi elles ne sont pas suivies par la mammographie, alors que, on l'a vu auparavant, l'information sur le cancer du sein et la mammographie circule et est dans l'ensemble bien connue. Les motifs rationnels proposés ne semblent pas toujours correspondre aux motifs réels de certaines femmes, qui pour quelques unes ont rajouté l'item "par négligence". Mais sous le terme de négligence on peut mettre aussi bien le motif conjoncturel banal, qui est qu'on avait d'autres préoccupations à ce moment, qu'une résistance de fond inconsciente ou difficile à exprimer franchement. D'ailleurs, pour celles qui ont explicitement indiqué un ou des motifs conjoncturels, on peut se demander si ce n'est pas justement parce qu'elles sont bien informées (elles fréquentent le plus leur gynécologue) qu'elles "rationalisent" leurs motifs de non participation. De plus, il paraît difficile dans un lieu médicalisé de s'opposer au dépistage, comme le montre le nombre très faible de celles qui déclarent qu'elles ne répondraient sûrement pas à une invitation de dépistage. Il est donc difficile de faire la part du non suivi "conjoncturel" et du non suivi "structurel", chaque groupe pouvant être analysé suivant ces deux critères.

RECOMMANDATIONS

Cette étude montre la diversité des représentations du cancer du sein et des motifs de non suivi, ainsi que le caractère "profond" de l'opposition au dépistage de certaines femmes. Il est donc illusoire de croire que des campagnes de communication au moyen de lettres, dépliants et affiches, suffiront à assurer le taux de participation élevé qui permet

aux programmes de dépistage d'atteindre leur efficacité. D'autres relais sont nécessaires. Ces recommandations sont présentées en 3 parties :

1. Des recommandations aux CES, pour améliorer le suivi de leurs consultantes par la mammographie,
2. Des recommandations aux différents acteurs et organisateurs du dépistage,
3. Des orientations générales pour la communication sur le dépistage du cancer du sein avec les femmes de 50 à 74 ans,

⇒ **Recommandations pour les Centres d'Examen de Santé :**

Le Score Epices, mis au point dans le réseau des CES pour mieux évaluer les situations de précarité, se révèle plus intéressant que le Code Article 2. Il est donc proposé aux CES **d'adopter en routine la mesure du Score Epices**, afin d'accorder durant la consultation une **attention particulière aux femmes non suivies précaires**, qui sont les plus vulnérables et peut-être les moins réceptives aux messages de prévention classiques.

Ce score s'obtient par calcul à partir des réponses à 11 questions, ce qui pose d'une part le problème de l'acceptabilité des questions (risque de non-réponse) et d'autre part le problème de la disponibilité du score au moment de la consultation.

La 2ème recommandation concerne la référence des femmes non suivies. Il apparaît préférable de raccourcir le circuit et de **référer les non suivies directement à la structure gestionnaire du dépistage organisé**. Cette référence directe n'est pas possible selon le mode de fonctionnement des CES aujourd'hui, mais il est possible de

créer une fiche d'information avec le numéro vert d'appel à l'Adémas-69 (ou l'organisme gestionnaire correspondant pour les autres départements), et une information sur le fonctionnement du programme de dépistage. Il suffit à la femme d'appeler le numéro vert pour recevoir par courrier une prise en charge pour une mammographie.

En ce qui concerne les femmes suivies, qui sont la grande majorité des consultantes, la 3^{ème} recommandation est de veiller à les **inciter à répéter la mammographie tous les deux ans**.

⇒ **Recommandations pour les acteurs et organisateurs des programmes de dépistage**

Les organismes gestionnaires des programmes de dépistage. Quoique la méthodologie de l'étude ne permette pas d'évaluer sans biais l'impact auprès des femmes du travail de **l'Adémas-69**, la communication apparaît comme le principal point faible. Quatre points peuvent être améliorés :

1. Une **meilleure reconnaissance de l'organisme Adémas-69** peut être un élément de "fidélisation" des femmes et donc une incitation à revenir faire le dépistage. Un organisme technique comme l'Adémas-69 est sans doute perçu comme plus proche et plus digne de confiance dans le domaine précis du dépistage du cancer du sein que ne peuvent l'être "la Sécu", ou l'Etat, ou le Conseil général dont les missions sont plus vastes. Cela suppose que le nom et le logo de l'Adémas-69 apparaissent dans tous les documents de communication.
2. La campagne de communication par affiches et dépliants a été peu reçue par les consultantes des CES, qui

pourtant sont un public médicalisé et dans l'ensemble favorable à la médecine. Cela suppose de **revoir les supports de communication et les messages**, de les diversifier et de les tester auprès des femmes avant de les utiliser. Les femmes en situation précaire ont peu de réseau relationnel et donc moins de chances que les autres de recevoir des informations par leur famille, leurs amies ou la lecture des journaux, aussi **l'affichage public** est-il un élément important pour les toucher.

3. D'autre part, les **courriers personnels et dépliants** peuvent apporter des informations plus complètes que les messages, obligatoirement simples, des affiches.
4. Enfin, **l'information sur le déroulement du programme**, avec notamment les procédures de circulation de l'information (envoi des résultats) doit être améliorée.

Le **médecin généraliste** est un relais important du dépistage. Aujourd'hui en tant que prescripteur, quand il n'y a pas de programme organisé, demain en tant qu'incitateur au dépistage quand les programmes existeront partout. Or il apparaît que le médecin généraliste est souvent consulté, peut-être même plus par les non suivies que par les suivies. Cela signifie que des occasions sont parfois perdues pour entrer dans le dépistage ou pour le répéter ensuite.

Renforcer le rôle du médecin généraliste comme partenaire des programmes de dépistage est un passage obligé pour améliorer la participation des femmes : il est un professionnel de santé qui a la confiance de ses patientes (et les non suivies par mammographie estiment souvent que ce suivi médical suffit). Outre son rôle clinique, il est le seul à pouvoir

comprendre la perception individuelle de chaque femme, et à l'accompagner pour qu'elle s'inscrive dans une démarche de dépistage. Pour les femmes en situation précaire, dont le réseau relationnel est peu nombreux, l'importance du médecin généraliste est sans doute encore plus grande, puisqu'elles ont peu l'occasion de parler de ce dépistage à d'autres personnes.

Une étude récente de l'ORS auprès des médecins généralistes et gynécologues montre d'ailleurs leur accord majoritaire pour s'impliquer dans ce rôle, sous réserve de certaines conditions en terme de formation, de disponibilité (donc de rémunération) pour ces actes préventifs, et de participation à l'organisation des programmes.

Les **médecins gynécologues** ont apparemment un rôle plus actif que les médecins généralistes dans la prescription des mammographies aujourd'hui. Comme pour les médecins généralistes, leur rôle devra évoluer vers le conseil, l'information complémentaire, et l'incitation à la répétition du dépistage (un des points faibles des connaissances des femmes aujourd'hui). Ce qui pose les mêmes questions sur les conditions de ce soutien et le **partenariat**.

Les **radiologues** sont ceux qui réalisent la mammographie. Le fait qu'il y ait maintenant deux incidences dans la mammographie de dépistage est de nature à renforcer leur adhésion au programme organisé. En outre, ils ont un rôle clinique, et pourront selon le nouveau cahier des charges réaliser d'emblée des examens complémentaires en cas d'image suspecte. En ce qui concerne la gêne, voire la douleur lors de la mammographie, il est possible de recommander plus de douceur dans la manipulation, mais la technique actuelle nécessite la compression des seins. Enfin,

les déclarations des consultant·es des CES de Chambéry suggèrent que des progrès soient faits quant au temps d'attente et peut-être quant au délai pour obtenir les rendez-vous.

⇒ **Recommandations pour la communication avec les femmes de 50 à 74 ans :**

Le niveau général d'information est bon, mais l'effort doit être continu : il faut **encore informer** sur le risque pour toutes (qui est le facteur le plus discriminant entre suivies et non suivies), le risque accru en cas d'antécédents familiaux, le risque accru après la ménopause.

Toutefois, cette communication sur le cancer ne devrait pas être brutale et **ne pas mettre en jeu des sentiments de peur**, car ce serait contre-productif pour les femmes qui sont dans le déni du risque (et c'est le cas de nombreuses femmes non suivies).

Les femmes non suivies sont moins sensibles à leur apparence, à l'entretien de leur corps, aux plaisirs de la vie que les suivies. Il est donc préférable de **ne pas jouer sur les ressorts classiques que sont la féminité, la beauté, la forme ou la jeunesse**.

Il est inutile de contrarier les représentations sur le rôle des émotions, et des traumatismes dans la genèse des cancers du sein, qui ne reposent sur aucune base scientifique, puisqu'elles n'ont pas de conséquence négative.

Les femmes sont demandeuses d'informations sur le cancer du sein, et il serait utile de rappeler que le traitement ne passe pas obligatoirement par l'amputation du sein, surtout s'il est découvert au début.

Quatre recommandations peuvent être faites pour communiquer sur le dépistage :

1. S'appuyer sur **l'idée que le dépistage rassure** quand le résultat est négatif, elle est approuvée à la quasi-unanimité des consultantes des CES.
2. Insister sur **la répétition et la régularité** de la mammographie, à savoir que cette réassurance donnée par un résultat négatif est valable pour une durée limitée : l'idée que le dépistage empêche l'apparition d'un cancer est partagée par un quart des consultantes des CES.
3. Mettre en avant le **côté facile, rapide et gratuit du dépistage**, pour montrer que même si on a d'autres soucis c'est simple de faire une mammographie, peut aider les non suivies à dépasser les soucis quotidiens ou leur "négligence" pour prendre le temps de faire une mammographie.
4. **Expliquer l'organisation du programme** de dépistage, notamment le circuit des résultats.

Les femmes adhérant peu aux représentations scientifiques peuvent se classer en trois groupes qui ont besoin de réponses différentes. Il est donc important de **diversifier les messages** pour les adapter aux différents publics :

- Aux "sceptiques" on peut **montrer les qualités de la mammographie** : elle permet de voir une tumeur plus petite que ce que peut sentir la main à la palpation.
- Aux "fatalistes" on peut expliquer la (relativement lente) croissance du cancer, le fait que même si le cancer peut frapper n'importe quelle femme, la mammographie permet de **faire le diagnostic assez tôt** pour limiter les dégâts.
- Aux "opposantes" on peut montrer **l'innocuité du dépistage**.

Cette étude a été réalisée par Denis FONTAINE, médecin de santé publique, avec la collaboration de Martine DRENEAU, documentaliste et de Laurent LONGRE, statisticien.

Le rapport d'étude complet est disponible au prix de 150 F à l'ORS Rhône-Alpes, Espace Régional de Santé Publique, 9 quai Jean Moulin, 69001 Lyon.

Tel : 04 72 07 46 20

Télécopie : 04 72 07 46 21

E-mail : courrier@ors-rhone-alpes.org

Résumé et rapport complet peuvent être téléchargés sur Internet :

→ www.rhone-alpes.assurance-maladie.fr

→ www.ors-rhone-alpes.org