

XXV^e Congrès de la SFPO « Cancers, cultures et pratiques de soins ». **Paris le 28 novembre 2008** **Freins et motivations au dépistage des cancers du sein :** **quels profils typologiques ?** **Résultats issus de l'enquête ÉDIFICE**

**S. Dolbeault · J.Y. Blay · F. Eisinger · X. Pivot ·
J.F. Morère · A. Calazel-Benque · L. Cals · Y. Coscas ·
M. Namer · O. Rixe · C. Roussel · D. Serin · J. Viguier**

© Springer-Verlag 2009

Le cancer du sein représente aujourd'hui le plus fréquent des cancers féminins et constitue la première cause de décès chez la femme. Aux côtés de la prévention et des progrès thérapeutiques, le diagnostic précoce en améliore le pronostic et diminue la mortalité, faisant du dépistage un enjeu majeur de santé publique. La mammographie de dépistage a fait la preuve de son efficacité en terme de réduction de la mortalité liée au cancer du sein, justifiant la mise en place de programmes de masse. En France, ce dépistage organisé depuis plus de dix ans s'adresse aux femmes âgées de 50 à 74 ans, sans prédisposition familiale et sans antécédent de cancer du sein connu et traité ; il consiste en une mammographie réalisée gratuitement tous les deux ans et analysée selon un principe de double lecture.

Cependant l'impact en terme de santé publique de ce programme dépend de l'adhésion des femmes au processus de dépistage ainsi que de leur degré de compliance à la procédure au fil des ans. L'idée d'explorer les facteurs associés positivement et négativement aux comportements de dépistage n'est pas nouvelle et un certain nombre de travaux ont déjà été menés. Si la disparité des taux d'incidence et de mortalité en fonction de certains facteurs socio-économiques est connue, en revanche les motifs pour lesquels certaines femmes n'adhèrent pas ou bien abandonnent la pratique de dépistage alors qu'elles l'ont initiée, ne sont que peu évalués.

L'enquête EDIFICE apporte un certain nombre d'éléments originaux. D'une part, elle aborde la question sous un

S. Dolbeault (✉)
Institut Curie Paris, France
Inserm, U 669, Paris, France
UMR-S0669, Paris, France
e-mail : sylvie.dolbeault@curie.net

J.Y. Blay
Inserm U590, centre Léon-Bérard, UJOMM HEH & Conticanet,
FP6-018806, 69373 Lyon, France

F. Eisinger
Institut Paoli-Calmettes, Marseille ; Inserm U599,
13009 Marseille, France

X. Pivot
CHU Minjoz, 25030 Besançon, France

J.F. Morère
CHU Avicenne, 93000 Bobigny, France

A. Calazel-Benque
Clinique du Parc 31400 Toulouse, France

L. Cals
Hôpital Font-Pré, 83100 Toulon, France

Y. Coscas
Clinique de la Porte-de-Saint-Cloud 92100 Boulogne-Billancourt,
France

M. Namer
Centre azuréen de cancérologie, 06250 Mougins, France

O. Rixe
NCI, Bethesda, MD, USA

C. Roussel
Laboratoire Roche, boulevard du Parc 92000 Neuilly sur Seine,
France

D. Serin
Institut Sainte-Catherine, 84000 Avignon, France

J. Viguier
CHRU Trousseau, Tours, France

angle large et suffisamment global pour inscrire le comportement du sujet interrogé dans le contexte plus général de ses orientations cognitives et comportementales concernant sa santé. Outre les données descriptives, elle appréhende les composantes plus subjectives des comportements individuels. D'autre part, elle interroge en parallèle des femmes de la tranche d'âge concernée et des médecins, dans le but de comparer leurs points de vue respectifs. En effet, le comportement du sujet doit être envisagé comme la résultante d'un modèle plurifactoriel complexe, comportant des facteurs « objectifs » relativement accessibles (niveau de sensibilisation, d'information, de compréhension) mais aussi des facteurs plus subjectifs ayant trait à son fonctionnement psychologique global, son appréhension de la santé en général et du cancer en particulier (croyances et représentations) ; à son expérience du cancer par l'intermédiaire de situations vécues auprès de proches ; au type et à la qualité de la relation avec son médecin.

Notre communication a pour objet de présenter la typologie des femmes concernées par le dépistage du cancer du sein, cherchant à mettre en évidence les caractéristiques respectives des femmes qui suivent les recommandations en matière de dépistage du cancer du sein, de celles qui n'y sont pas observantes (au sens où elles ne suivent pas les recommandations), enfin de celles qui n'ont jamais adhéré. En dégagant des profils comportementaux pour chacun de ces sous-groupes, nous cherchons à identifier des leviers susceptibles d'entraîner un changement d'attitude. Ceux-ci relèvent de divers champs possibles : information et éducation du patient, information et éducation du médecin, influence du médecin sur le patient ; mais aussi expérience subjective du cancer ; expérience subjective de l'examen de dépistage lui-même ; comportement à l'égard de sa santé.

L'enquête Edifice a globalement porté sur un échantillon national représentatif de 1504 sujets vivant en France, âgés de 40 à 75 ans, interrogés par téléphone par la SOFRES. Parmi eux, 507 femmes constituent l'échantillon de patientes sollicitées pour le cancer du sein. Il s'agit d'un questionnaire de 170 items dont la passation dure en moyenne 25 minutes. En parallèle, 600 médecins généralistes ont été interviewés.

Cinq groupes typologiques ont été identifiés par l'enquête. Pour ce qui est des facteurs qui influent sur la pratique du dépistage, notre étude retrouve un certain nombre de données déjà rapportées dans la littérature, concernant notamment la surreprésentation de certains facteurs socio-économiques (âge, isolement, faible niveau d'éducation, faibles ressources économiques) dans le comportement de non observance des individus au dépistage. Ainsi, comparées aux femmes actuellement dépistées, les femmes qui n'ont jamais été dépistées (7 % de l'échantillon) ont le profil suivant : elles sont en moyenne

plus âgées (surreprésentation des 70-74 ans), plus souvent veuves, vivant en province ; elles ont un niveau d'éducation et des revenus plus faibles. Par ailleurs, les femmes de ce groupe ont de nombreuses préoccupations prioritaires d'autre nature que leur santé, elles se disent peu motivées pour la démarche de dépistage ; elles consultent peu le médecin et très peu le gynécologue.

Contrairement à une idée répandue, l'enquête Edifice ne confirme pas l'hypothèse selon laquelle la peur du cancer représente un frein univoque à la réalisation du dépistage, puisqu'elle différencie les effets de "peur du cancer" de ceux liés à "peur de l'examen de dépistage". Le facteur « peur du cancer » ne ressort pas particulièrement (sauf dans certains sous-groupes minoritaires) alors que le facteur « peur de l'examen » représente toujours un frein à la pratique du dépistage. Le fait de consommer des psychotropes ou d'avoir consulté un psychiatre ou un psychologue ne ressort pas comme un facteur déterminant du comportement d'adhésion au dépistage. Les données distinguent la notion de motivation générale face au dépistage de sa réalisation effective, puisqu'un certain nombre de femmes déclarent comprendre l'intérêt de la démarche sans pour autant y adhérer ou persévérer après un premier dépistage.

Les données de l'enquête Edifice mettent en évidence deux groupes de femmes. Le premier (65 % de l'échantillon) ne semble pas poser de problèmes majeurs : le taux de dépistage dépasse les 80 %, objectif fixé par l'Institut National du Cancer. Quels que soient leurs profils socio-démographiques et pour des raisons diverses, elles sont acquises à la démarche de dépistage et recourent au corps médical. Pour ce groupe, on peut poser la question d'une certaine saturation au niveau de l'information concernant le dépistage du cancer du sein ; et il n'est pas certain que l'on puisse encore améliorer ce chiffre.

C'est dans le deuxième groupe (35 % de l'échantillon) que l'on trouve le plus de femmes non dépistées ou non suivies adéquatement. Les spécificités des deux profils typologiques de femmes concernées, dénommées respectivement "fatalistes" ou "réfractaires", peuvent laisser supposer qu'elles ne sont pas sensibles aux habituelles campagnes d'information, auxquelles elles ne peuvent soit pas s'identifier (pour le groupe des femmes fatalistes) ; soit s'identifient négativement (car se montrent réfractaires au corps médical). Pour ce groupe, l'impact de programmes éducatifs ciblés sur ces caractéristiques typologiques devrait être étudié, comme par exemple des actions mettant en exergue leurs droits, ainsi que le caractère gratuit et anodin de l'examen de dépistage, à destination des femmes "fatalistes". Si les données concernant les médecins généralistes ne permettent pas d'évoquer un lien de causalité entre attitude du médecin et attitude de la femme, elles soulignent en revanche deux aspects : d'une part, le niveau de maîtrise partiel des médecins concernant les recommandations en matière de dépistage

(niveau d'information sur le dépistage et sur l'examen de mammographie, système de représentations et de croyances propre) ; d'autre part, des divergences importantes entre les points de vue respectifs des femmes et des médecins concernant les raisons de pratiquer ou non le dépistage. Elles soulignent la place de la confiance que la femme accorde ou non à son médecin pour expliquer son comportement à l'égard des recommandations ; ainsi que l'influence du médecin sur le comportement final de la patiente.

Originale dans sa méthode explorant en parallèle les dimensions cognitives et comportementales à l'oeuvre auprès de femmes et de médecins généralistes, l'enquête Edifice apporte des données chiffrées et permet d'identifier des profils de femmes distincts et ayant des besoins différents, susceptibles d'orienter la pratique future. Elle confirme l'incidence des facteurs socio-économiques et souligne la place centrale du médecin généraliste dans le comportement déclaré de la femme à l'égard du dépistage.

Si le pourcentage d'adhésion des femmes françaises à la pratique du dépistage du sein est globalement satisfaisant, un certain nombre d'entre elles restent aujourd'hui inaccessibles à la politique de dépistage organisé, mais l'identification de profils caractéristiques peut permettre d'envisager des actions ciblées. Enfin, cette étude souligne la nécessité de travailler en parallèle sur les individus, sur les médecins et sur l'interaction entre les médecins et leurs patientes.

Éléments de bibliographie

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé – Service d'évaluation des pratiques, Société Française de Médecine Générale. *Dépistage du cancer du sein en médecine générale : Rapport d'élaboration de référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles*. Septembre 2004. Téléchargeable sur le site : <http://www.anaes.fr/>
2. Bernier M (2004) *Rapport sur les Résultats du dépistage du cancer du sein*. Office parlementaire d'évaluation des Politiques de Santé, juin
3. Boling W, Laufman L, Lynch GR, Weinberg AD (2005) *Increasing mammography screening through inpatient education*. J Cancer Educ. 20:247–250
4. Cohen M (2006) *Breast cancer early detection, health beliefs, and cancer worries in randomly selected women with and without a family history of breast cancer*. Psycho-Oncology, 15:873–883
5. Eisinger F, Blay JY, Rixe O, Calazel-Benque A, Morère JF, Cals L, Coscas Y, Dolbeault S, Namer M, Serin D, Roussel C, Pivot X, on behalf of the EDIFICE Committee (2008) *Cancer screening in France: subjects' behaviours and physicians' attitudes*. Cancer Causes Control, 19, 4, 431–434
6. Gotzsche PC, Nielsen M (2006) *Screening for breast cancer with mammography*. Cochrane Database Syst Rev CD001877
7. Haggerty J, Tudiver F, Brown JB, Herbert C, Ciampi A, Guibert R (2005) *Patients' anxiety and expectations: how they influence family physicians' decisions to order cancer screening tests*. Can Fam Physician 51:1658
8. Friedman LC, Woodruff A, Lane M, Weinberg AD, Cooper HP, Webb JA (1995) *Breast cancer screening behaviors and intentions among asymptomatic women 50 years of age and older*. Am J Prev Med, 11(4):218–223
9. Rauscher GH, Hawley ST, Earp JAL (2005) *Baseline predictors of initiation vs. maintenance of regular mammography use among rural women*. Preventive Medicine, 40, 822–830
10. Sant M *et al* (2003) The Eurocare working group. *Stage at diagnosis is a key explanation of differences in breast cancer survival across Europe*. Int J Cancer 106:416–422
11. Schwarzer R (1992) *Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: theoretical approaches and a new model*. In: Schwarzer R, ed. *Self efficacy: thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere, 217–242
12. Soler-Michel P, Courtial I, Bremond A (2003) *Reattendance of women for breast cancer screening programs. A review*. Rev Epidemiol Sante Publique, 53, 5, 549–567 (Article in french)
13. Swan J, Breen N, Coates RJ, Rimer BK, Lee NC (2005) *Progress in Cancer Screening Practices in the United States. Results from the 2000 National Health Interview Survey*. Cancer, 97(6):1528–1540
14. Trieszenberg DJ, Smith MA, Holmes TM (1995) *Cancer screening and detection in family practice: a MIRNET study*. J Fam Pract, 40(1):27–33