

## INFORMATION SUR LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN : ÉTUDE QUALITATIVE AUPRÈS DES FEMMES ET DES MÉDECINS EN POITOU-CHARENTES

S. Dujoncquoy, V. Migeot et B. Gohin-Pério

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2006/4 Vol. 18 | pages 533 à 547

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2006-4-page-533.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

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

# Information sur le dépistage organisé du cancer du sein : étude qualitative auprès des femmes et des médecins en Poitou-Charentes

*Information on breast cancer organized screening: study towards women and practitioners in the Poitou-Charentes county*

**S. Dujoncquoy**<sup>(1)</sup>, **V. Migeot**<sup>(2)</sup>, **B. Gohin-Pério**<sup>(3)</sup>

**Résumé :** La présente étude a permis de réaliser l'évaluation qualitative des campagnes de communication mises en place par les structures de gestion du dépistage organisé du cancer du sein. Des entretiens ont été menés auprès d'un panel de femmes et de médecins des départements de la Charente et de la Vienne afin d'évaluer l'impact des campagnes en termes de mémorisation des outils d'information, de connaissance du dispositif du dépistage organisé et de comportement par rapport au dépistage. L'étude met en avant la difficulté pour le médecin traitant de s'impliquer dans ce dispositif et la connaissance approximative des modalités du dépistage ; l'information délivrée par les médecins aux femmes reste donc partielle. L'évaluation montre qu'une information diversifiée est mise à disposition des femmes, mais certaines éprouvent une difficulté à s'engager dans une démarche de dépistage. Pour prendre la décision de réaliser ou non une mammographie de dépistage, les femmes ont ainsi besoin d'une communication de proximité qui doit être effectuée, notamment, par le biais d'acteurs associatifs et institutionnels, afin d'être rassurées, conseillées et orientées dans leur démarche.

(1) Chargée de mission - Inspection Régionale de la Santé - DRASS Poitou-Charentes - Avenue de Northampton - BP 559 - 86020 Poitiers cedex.

(2) MCU-PH Santé Publique - Institut Universitaire de Santé Publique - Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers.

(3) Médecin Inspecteur Régional - Inspection Régionale de la Santé - DRASS Poitou-Charentes

**Summary:** *This study was an evaluation of communication campaigns for the organized breast cancer screening tests. Women and practitioners in Charente and Vienne departments were interviewed in order to evaluate the campaigns' impact in terms of information tools memorization, organized screening test knowledge and attitude towards screening. The study revealed general practitioner's difficulties in appropriating the breast cancer organized screening and incomplete procedures knowledge; the information given to women by practitioners was therefore incomplete. The evaluation found that women had diversified breast cancer screening information, but some had difficulties in beginning screening test procedure. These women need a local communication network through associations and institutionals to be reassured, advised and guided during the procedure.*

*Mots-clés :* cancer du sein - dépistage organisé - communication - Poitou-Charentes.

*Key words:* breast cancer - organized screening - communication - Poitou Charentes County.

## Introduction

Le cancer du sein est le cancer féminin le plus fréquent en France. En 2000, il représentait 35,7 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancer chez les femmes, soit environ 42 000 nouveaux cas par an et était responsable de 11 600 décès par an. Le risque du cancer augmente avec l'âge [21].

Des programmes expérimentaux de dépistage organisé ont été mis en place en France en 1989. Un premier cahier des charges a été écrit en 1996 pour passer de l'étape expérimentale à un programme national. Avec l'application d'un nouveau cahier des charges en 2001, mieux adapté au système de soins français et en particulier à la radiologie libérale, le dépistage organisé s'est mis en place de manière progressive sur l'ensemble du territoire [4]. Dans ce nouveau cahier des charges, l'examen de dépistage comprend un examen clinique par le médecin radiologue, deux incidences par sein (la face cranio-caudale et l'oblique externe) et une deuxième lecture systématique en cas d'examen classé non suspect de

cancer. En 2004, le dépistage organisé a été généralisé à l'ensemble du territoire. Généralement de longs délais séparent la naissance du cancer mammaire et le moment où il devient décelable cliniquement [23]. La pratique de mammographies systématiques de dépistage doit permettre de diagnostiquer des tumeurs dont la taille moyenne est de plus en plus petite. Un cancer diagnostiqué précocement augmente les chances de guérison et permet un traitement moins lourd [23]. Cependant, la généralisation d'un tel programme a et fait encore actuellement l'objet de débats sur la pertinence du dépistage en termes de réduction de la mortalité mais aussi en raison du risque non négligeable de dépister chez ces femmes un « cancer » non létal et donc d'entraîner la mise en route de traitements « inutiles » [2, 3, 9, 15, 16, 24]. L'une des conditions de la réussite du dépistage organisé est liée à la participation la plus large possible des personnes concernées, en les sensibilisant par une information adaptée sur le test de dépistage et son utilité. Ainsi, Jorgensen *et al.* formulent des préconisations sur les éléments-clés

qui devraient apparaître dans l'information à donner aux femmes [15].

En France, afin d'améliorer la participation des femmes à ce programme et l'adhésion des professionnels, des campagnes de communication ont été organisées sur le plan national par l'État, l'Assurance Maladie et La Ligue Nationale contre le Cancer, depuis 2002. Des interventions spécifiques, à l'initiative des structures de gestion départementales, chargées de la mise en œuvre du programme de dépistage, ont eu lieu en complément de ces campagnes pour sensibiliser et mobiliser les femmes et les professionnels de santé. En effet, l'échelon départemental est acteur de la mise en place des campagnes de communication, il s'appuie sur le niveau national, en adaptant la communication aux acteurs et aux contextes locaux. Aussi, l'objectif de cette étude était de mesurer l'impact des campagnes d'information auprès des femmes et des médecins de la région Poitou-Charentes, en termes d'information, de sensibilisation et d'incitation à participer au dépistage organisé. L'objet de cet article est de présenter les principaux résultats de l'évaluation des campagnes de communication mises en place dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein dans une région [11].

## Méthodologie

Pour réaliser cette évaluation, une méthodologie de recueil et d'analyse des données qualitative a été appliquée. Il s'agissait d'explorer en profondeur le vécu du public-cible : sentiments, représentations, perceptions, expériences des femmes et des médecins par rapport au dépistage et à la communication. Désirant analyser l'impact des campagnes de communication en termes d'adéquation, de

mémorisation et d'évaluation des besoins nouveaux, le choix de l'entretien a été retenu. L'entretien permet d'analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés [20].

Cette étude s'est déroulée en deux phases : une phase exploratoire auprès des médecins coordinateurs et des chargés de communication des structures de gestion départementales, une seconde phase d'enquête auprès des destinataires de la communication. L'objet de la phase exploratoire a requis, dans un premier temps, de recenser les actions de communication entreprises dans les quatre départements de la région Poitou-Charentes, pour construire l'ensemble des guides d'entretien à destination des femmes et des médecins. Pour ce faire, une enquête auprès des médecins coordinateurs et des chargés de communication des quatre structures de gestion départementales a été réalisée. Cette première phase a été essentielle pour comprendre le contexte de la mise en place des campagnes de communication par département (existence ou non d'un groupe de communication, actions entreprises...). Au vu de cette phase, deux terrains d'investigation ont été définis : les départements de la Charente et de la Vienne. En effet, il est apparu difficile de réaliser l'étude sur les quatre départements, en raison de l'entrée trop récente des départements de la Charente-Maritime et des Deux-Sèvres dans le programme de dépistage organisé.

## Population d'enquête

Les médecins généralistes, les gynécologues et les radiologues ont été repérés comme les acteurs-clés dans la réussite du programme de dépistage organisé [4]. Ainsi, notre échantillon a été constitué à partir de

l'ensemble des médecins généralistes libéraux, radiologues libéraux, gynécologues libéraux et salariés inscrits au fichier ADEL au 10 mai 2004, centralisé par le Service des Études Statistiques des DRASS en tenant compte de leur situation géographique (ville ou campagne), de leur sexe et de leur type d'activité. Le panel composé de médecins a été effectué par un tirage aléatoire. Le recrutement des femmes s'est effectué au travers de divers réseaux : les structures de gestion départementales et les Centres d'Information sur les Droits des Femmes afin de pouvoir rencontrer aussi des femmes peu insérées socialement ou ayant des difficultés d'accès aux soins. Une attention particulière a été portée à leur situation vis-à-vis du dépistage : dépistée une ou plusieurs fois dans le cadre du dépistage organisé, dépistée de manière individuelle, non dépistée. Le panel a été effectué par une requête en tenant compte des critères définis : la tranche d'âge (50-60 ans et 60-74 ans), la localisation géographique (ville/campagne) et la catégorie socio-professionnelle. Afin de réaliser les entretiens auprès des médecins, la méthodologie employée par le CIM' 01 (Centre d'Information Médicale et scientifique, spécialiste du lien-santé par contact à distance) a été appliquée. Cette méthodologie consiste en l'envoi d'une lettre préalable, annonçant notre appel dans les jours suivant l'envoi, pour une prise de rendez-vous et le thème de l'entretien. La prise de rendez-vous avec les femmes s'est effectuée par téléphone, réalisée depuis la structure de gestion de dépistage des cancers.

### **Instrument et collecte des données**

Quarante entretiens individuels de type semi-directif ont été conduits par une seule personne (SD), qualifiée en

sociologie de la santé, missionnée par la DRASS pour réaliser cette étude. Les entretiens se sont déroulés de mai à juillet 2004. Ce type d'entretien nous a permis de recevoir une information à une série de questions guides et de proposer à nos différents interlocuteurs un cadre où ils puissent s'exprimer librement, et ce, dans une optique qualitative [20]. Le recensement des actions de communication menées sur les quatre départements du Poitou-Charentes et leur analyse ont permis d'appréhender au mieux les différents éléments à restituer dans les guides d'entretiens. Les résultats de cette analyse ne sont pas présentés ici. L'entretien en « face-à-face » avec les médecins et les femmes s'est imposé comme une nécessité pour pouvoir rendre les échanges les plus riches possibles, en présentant à nos interlocuteurs des éléments textuels et visuels. Aussi, la présentation d'articles, de dépliants et plaquettes d'information, de bulletins d'information, leur a permis de réagir, d'exprimer leurs perceptions, leurs interprétations, leurs expériences. Les thèmes abordés lors des entretiens avec les femmes et les médecins portaient sur la connaissance des modalités du programme de dépistage organisé, l'intégration du dépistage organisé dans la pratique quotidienne du médecin, l'abord du sujet du dépistage entre le médecin et sa patiente et sur le rôle des supports de communication dans la mise en œuvre d'une démarche de dépistage.

### **Analyse**

Les 40 entretiens ont été intégralement retranscrits. Nous avons donc procédé à l'exploitation des données recueillies par la méthode de l'analyse de contenu et plus spécifiquement à l'analyse thématique qui permet la mise en évidence des représentations

sociales ou des jugements des interlocuteurs à partir d'un examen de certains éléments constitutifs du discours [20] : connaissance des principes et modalités du dépistage, comportement des médecins par rapport à la prescription du dépistage, restitution, mémorisation et appréciation des outils d'information, représentations du cancer du sein et du dépistage. Nous avons également cherché au cours de cette étude à identifier les raisons de l'implication des médecins dans la prescription du dépistage organisé, nous permettant ainsi de comprendre l'impact des campagnes d'information sur le comportement des médecins.

## Résultats de l'étude

### Les résultats de la phase exploratoire : recensement des actions de communication

La communication pour promouvoir le dépistage organisé du cancer du sein s'effectue à deux niveaux : au niveau national et au niveau local. Afin de donner une nouvelle visibilité au programme, de fédérer tous les participants, depuis 2003, le programme national de sensibilisation est désigné sous le terme de « Rendez-vous santé + ». Marlène Jobert a accepté de jouer le rôle de porte-parole pour donner l'exemple en matière de dépistage. Un site Internet grand public, un dépliant d'information, une campagne télévision, une opération spécifique en radio ont été mis en œuvre.

À l'échelon départemental, la structure de gestion, en s'appuyant sur la communication nationale et en s'adaptant aux spécificités du territoire concerné a mis en place une communication relayée par différents supports : plaquette d'information, affichage dans les lieux publics, cabinets médicaux, parutions d'articles dans la

presse locale, diffusion de spots audio sur les radios locales, réunions d'information auprès des professionnels de santé et du grand public, visite du médecin coordinateur aux médecins généralistes et gynécologues pour leur présenter la campagne et leur remettre un carnet de fiches de liaison (\*).

L'analyse sémiologique des outils et messages de communication utilisés dans les campagnes a permis d'identifier différents niveaux de communication : la sensibilisation à la démarche de dépistage, l'incitation à participer au dépistage et la « fidélisation » au dépistage organisé. Par la suite, lors des entretiens menés auprès des femmes et des médecins, ces différents niveaux de communication ont été interrogés, en précisant pour chacun, les outils et supports de communication utilisés.

### L'impact de la communication sur le comportement des médecins par rapport au dépistage organisé (Tableau I)

De manière générale, les médecins rencontrés n'ont pas été sensibles à l'information envoyée par la structure de gestion départementale. La restitution et la mémorisation des outils d'information (bulletins d'informations, mailings...) ne se sont pas opérées de manière spontanée lors de l'entretien. Par contre la visite systématique du médecin de la structure de gestion aux médecins généralistes et gynécologues, venu leur présenter les modalités et principes de la campagne, constitue un facteur de sensibilisation important. Le médecin a alors le sentiment d'être intégré dans

(\*) Fiches distribuées ou envoyées à tous les médecins du département pour intégrer les femmes qui souhaitent entrer dans le dispositif avant d'y être invitées par courrier.

**Tableau I : Panel des médecins interrogés dans le cadre de l'« Évaluation des campagnes de communication mises en place dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein » en janvier 2005**

Personne enquêtée	Spécialité	Type d'activité	Localisation géographique	Sexe	Département
1	Gynécologie	Hospitalière	Ville	Homme	86
2	Gynécologie	Libérale	Ville	Femme	86
3	Gynécologie	Libérale	Ville	Homme	86
4	Gynécologie	Libérale	Campagne	Femme	16
5	Gynécologie	Hospitalière	Ville	Homme	16
6	Gynécologie	Libérale	Ville	Homme	16
7	Radiologie	Libérale	Ville	Homme	86
8	Radiologie	Libérale	Campagne	Homme	86
9	Radiologie	Libérale	Campagne	Homme	16
10	Radiologie	Libérale	Ville	Homme	16
11	Médecine générale	Libérale	Campagne	Femme	86
12	Médecine générale	Libérale	Campagne	Homme	86
13	Médecine générale	Libérale	Ville	Femme	86
14	Médecine générale	Libérale	Ville	Homme	86
15	Médecine générale	Libérale	Campagne	Homme	86
16	Médecine générale	Libérale	Campagne	Homme	16
17	Médecine générale	Libérale	Campagne	Femme	16
18	Médecine générale	Libérale	Campagne	Homme	16
19	Médecine générale	Libérale	Ville	Homme	16
20	Médecine générale	Libérale	Ville	Femme	16

le programme de dépistage. À cet effet, au cours des rencontres avec les médecins généralistes, nous avons été sollicités à plusieurs reprises pour leur apporter des explications relatives aux modalités de fonctionnement du dépistage organisé : système d'invitation, utilisation des fiches de liaison, rémunération des radiologues. L'étude a révélé l'existence de vecteurs d'information informels. Ainsi,

les radiologues, au cœur du programme du dépistage organisé, communiquent avec leurs confrères médecins généralistes et gynécologues sur les principes et modalités du dépistage organisé : problèmes liés à l'application du cahier des charges, utilisation du mammographe numérique ou de l'analogique... Ce niveau d'information peut ainsi avoir un effet positif ou négatif sur le comportement des

généralistes et des gynécologues en matière de prescription du dépistage et donc indirectement sur le comportement des femmes. D'autre part, le courrier d'invitation envoyé par la structure de gestion aux femmes constitue un véritable support de communication entre la patiente et son médecin traitant. Le thème du dépistage organisé est abordé entre la femme et son médecin lorsqu'elle lui présente l'invitation qu'elle a reçue. L'intégration des femmes dans le programme de dépistage organisé par leur médecin traitant ne constitue pas une démarche de première intention. Les médecins généralistes rencontrés comprennent l'intérêt de la mise en œuvre d'un programme de dépistage organisé : permettre à l'ensemble des femmes de la tranche d'âge concernée (50-74 ans) de bénéficier d'une mammographie de dépistage. Mais, pour certains médecins généralistes, le programme de dépistage organisé est comparé à un « réseau » qui vient en marge de leur pratique de médecine générale. Ils ont le sentiment d'être mis à l'écart de ce dispositif.

*« Si vous voulez, moi depuis 20 ans que je suis établi, je vois très bien, avant on voyait des femmes enceintes, on voyait beaucoup plus de nourrissons. Petit à petit il y a des tas de sec-teurs où on nous dit : "Vous serez impliqués mais c'est des réseaux qui se font sans nous". » (Entretien Médecin Généraliste Charente).*

L'étude révèle l'existence de connaissances approximatives sur les modalités de ce programme : périodicité du test de dépistage, déroulement de l'acte de dépistage, seconde lecture des clichés, système d'invitation, utilisation des fiches de liaison.

*« À ma connaissance tous les cinq ans. (...) Vous avez l'impression qu'elles reçoivent vraiment tous les*

*deux ans un papier pour leur proposer de faire une mammographie ? Je suis étonné de la fréquence que vous m'annoncez. Quand elles le reçoivent une fois, elles le reçoivent après tous les deux ans ? Et peuvent le passer tous les deux ans, bien sûr ? » (Entretien Médecin généraliste Charente).*

Pour les médecins généralistes et gynécologues rencontrés, qui avaient une habitude de dépistage systématique, la mise en place du programme organisé n'a rien changé à leur pratique. Dépistage organisé ou dépistage individuel, la manière de présenter le dépistage, de l'expliquer ou de le conseiller reste la même, quelle qu'en soit la modalité ensuite. Par ailleurs la prescription d'un examen mammographique à leurs patientes est un acte qui vient en marge de leur pratique car non directement lié au soin qu'ils donnent.

Les médecins reçoivent des fiches de liaison leur permettant d'intégrer les femmes dans le programme organisé, or l'étude a révélé que l'utilisation qui en est faite est soit absente de la pratique du médecin, soit a existé mais n'existe plus. Il n'existe pas d'accompagnement de l'outil « fiche de liaison ».

*« Oui mais je ne sais pas ce que j'en ai fait. Donc non ça c'est vrai que je ne les ai pas distribuées après. Ce n'est pas que je ne voulais pas mais c'est que je n'y ai plus pensé. (...) Mais je pense que comme beaucoup de médecins, on ne les a pas données. » (Entretien Médecin généraliste Vienne)*

### **L'impact de la communication sur le comportement des femmes par rapport au dépistage organisé (Tableau II)**

L'étude de la communication réalisée pour augmenter la participation des femmes au programme de dépis-



**Tableau II : Panel des femmes interrogées dans le cadre de l'« Évaluation des campagnes de communication mises en place dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein » en janvier 2005**

Personne enquêtée	Âge	Localisation géographique	Pratique du dépistage	PCS	Département
1	66 ans	Campagne	Passage du DI au DMO	Retraitée	16
2	54 ans	Ville	Dépistage individuel	Profession intermédiaire	16
3	54 ans	Ville	Passage du DI au DMO	Profession intermédiaire	16
4	67 ans	Campagne	Dépistage organisé	Retraitée	16
5	74 ans	Ville	Passage du DI au DMO	Retraitée	16
6	59 ans	Campagne	Passage du DI au DMO	Agriculteur	16
7	57 ans	Ville	Dépistage organisé	Employé	16
8	60 ans	Campagne	Passage du DMO au DI	Sans emploi	16
9	54 ans	Ville	Dépistage organisé	Commerçant	16
10	56 ans	Ville	Jamais dépistée	Sans emploi	16
11	73 ans	Campagne	Dépistage individuel	Retraitée	86
12	69 ans	Ville	Dépistage individuel	Retraitée	86
13	52 ans	Campagne	Passage du DI au DMO	Employé	86
14	58 ans	Campagne	Passage du DI au DMO	Artisan	86
15	68 ans	Ville	Passage du DI au DMO	Retraitée	86
16	55 ans	Campagne	Passage du DI au DMO	Employé	86
17	67 ans	Campagne	Jamais dépistée	Retraitée	86
18	59 ans	Ville	Dépistage individuel	Profession intermédiaire	86
19	72 ans	Ville	Jamais dépistée	Retraitée	86
20	64 ans	Ville	Dépistage individuel	Retraitée	86

**Dépistage individuel** : femme adepte du dépistage individuel.

**Dépistage organisé** : femme qui a commencé à se faire dépister avec la mise en place du programme de dépistage organisé.

**Passage du DI au DMO** : femme adepte du dépistage individuel qui est entrée dans le programme de dépistage organisé.

**Passage du DMO au DI** : femme qui est entrée dans le programme de dépistage organisé puis qui en est sortie.

**Jamais dépistée** : femme qui n'a jamais effectué de mammographie.

tage est à resituer dans son contexte actuel, à savoir l'évolution de la connaissance des femmes sur le cancer du sein et le fait que le dépistage du cancer du sein est un sujet dont on parle aujourd'hui. Les femmes associent le cancer du sein aux traitements lourds, à la mutilation, à la souffrance et à la mort. Il renvoie les femmes à l'image d'une personne proche qui a été

confrontée à cette maladie et à sa souffrance. Le cancer du sein constitue une réalité et un vécu proches : le cancer de sa mère, de sa sœur, d'une amie ou d'une voisine. Les femmes considèrent alors le dépistage comme faisant déjà partie du registre du soin.

*« Enfin moi, c'est une maladie qui fait peur parce qu'elle est tellement...*

*si on ne peut pas la stopper à temps : la perte des cheveux, l'amaigrissement, les chimios, toute la souffrance que ça entraîne. » (Entretien Femme Charente, 54 ans).*

Les femmes rencontrées, déclarent regarder les émissions de télévision « Grand public » consacrées au dépistage du cancer du sein et lire les articles qui paraissent dans la presse quotidienne. Par contre, elles sont moins sensibles aux spots télévisés, aux dépliants et plaquettes d'information sur le dépistage du cancer du sein. Le courrier d'invitation adressé par la structure de gestion aux femmes, les concerne elles, il s'adresse à elles, il constitue à ce titre un support important de sensibilisation à la démarche de dépistage.

*« Disons que quand il y a eu Orchidée qui m'a envoyé un papier comme quoi il fallait le faire, depuis ce moment là, autrement avant, je ne l'avais jamais fait faire » (Entretien Femme Charente, 60 ans).*

Certaines femmes, qui pratiquent le dépistage individuel, sont moins réceptives aux messages véhiculés dans les documents d'information qu'elles reçoivent sur le dépistage organisé, estimant qu'elles ne sont pas concernées.

*« Non ça ne me dit pas plus. Maintenant vous savez toute la pub je la regarde et je la jette alors bon... Parce que quand on ne sait pas, on le lit et on l'enregistre. C'est ce que je vous dis, moi je ne suis pas intéressée parce que je le fais. » (Entretien Femme Vienne, 69 ans).*

Enfin, l'entourage familial, amical, professionnel et médical exerce une forte sensibilisation des femmes au dépistage. Grâce à cette enculturation progressive et intensive, à l'expérience individuelle, les perceptions et

le vécu des femmes se modifient [7]. La manière dont l'information est délivrée n'aura donc pas le même impact sur l'incitation des femmes au dépistage.

Il ressort de l'étude que les femmes ont accès à l'information par des voies différentes, en fonction de leur statut socio-économique : par exemple, les femmes au foyer sont sensibilisées par les médias et par le courrier d'invitation, les femmes actives, qui exercent dans des entreprises ou administrations vont, de plus, pouvoir être sensibilisées par leur milieu professionnel.

Les acteurs relais médico-sociaux (personnel des Centres d'examen de Santé, travailleurs sociaux, médecins...) ainsi que l'entourage exercent une pression directe ou indirecte sur la démarche des femmes. L'incitation à la démarche de dépistage passe donc par une communication humaine, une communication de proximité.

L'évaluation a révélé un faible impact des campagnes d'information pour la réalisation des mammographies ultérieures. Ce n'est pas l'information véhiculée par les médias, les dépliants d'information... qui les incite à réaliser les mammographies suivantes. Ces femmes ont souligné l'importance de recevoir de la structure de gestion un courrier les invitant à passer une nouvelle mammographie, leur permettant ainsi d'être rappelées à l'ordre.

*« Mais autrement, vu que je suis contactée tous les deux ans, même si je l'ai vu, je l'ai vu sans le regarder, quoi. » (Entretien Femme Charente, 57 ans).*

Cette étude s'est attachée à comprendre quels étaient les facteurs sociaux ou psychologiques qui influencent la participation (ou non

participation) des femmes. Trois freins à l'intégration des femmes dans le programme organisé ont pu être identifiés. Le premier est la peur du résultat positif, c'est-à-dire la peur de l'après diagnostic à savoir les traitements, la souffrance, la mutilation...

« *Moi j'ai une copine qui m'avait dit : "Le médecin m'a dit il faut que j'aille faire une mammographie, j'ai pas envie". Je lui ai dit : "Si, si, vas-y donc, pourquoi tu ne veux pas y aller ?" "J'ai pas envie, j'ai peur. Qu'est-ce qu'ils vont me trouver ?" » (Entretien Femme Vienne, 55 ans).*

« *Je sais que j'avais une amie et une cousine à ma belle-sœur qui a eu un cancer du sein (...) Mais c'est douloureux, elle a souffert. (...) Elle mange plus, elle dort mal. C'est dur même l'opération. » (Entretien Femme Charente, 56 ans).*

Le deuxième est le fait de « se sentir en bonne santé » au moment de l'invitation par la structure de gestion. Et le troisième est le fait d'être déjà dépistée dans le cadre du dépistage individuel.

Par contre, les éléments favorisant la démarche des femmes sont la peur « panique » d'avoir cette maladie, la sensibilisation exercée par l'entourage familial, amical ou professionnel et le fait de recevoir le courrier personnalisé.

« *Disons que c'est une maladie que tout le monde craint, que je crains moi aussi, comme tout le monde. Dès que j'ai un petit quelque chose qui ne va pas, tout de suite via le Docteur. (...) Parce que comme dans notre entourage, il y a hélas pas mal de cas... ça c'est devenu même une obsession pour moi.» (Entretien Femme Charente, 57 ans).*

Les femmes ressentent le besoin de disposer de lieux d'information et

d'échanges sur le dépistage du cancer du sein.

« *Et je trouve que quand il y a un endroit où on peut se retrouver et discuter, là je trouve que c'est drôlement important. (...) Donc s'il y a des possibilités d'endroits, pas trop loin où c'est accessible, je pense que les gens pourraient y aller et s'intéresser d'un peu plus près. » (Entretien Femme Charente, 56 ans).*

De plus, si celles-ci ont à disposition une information sur le dépistage du cancer du sein, la difficulté renvoie, notamment pour les femmes habitant en zone rurale, isolées et en situation de vulnérabilité sociale, à l'utilisation qui en est faite pour engager effectivement une démarche. Le premier média de communication est alors la personne car on se situe dans un univers de communication de proximité [13].

## Discussion

Le choix de réaliser une mammographie de dépistage appartient aux femmes. Il est nécessaire, pour ce faire, de leur donner une information qui soit complète, compréhensible et pertinente. La qualité de cette information fournie répond aux impératifs fixés par la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, selon laquelle toute personne a le droit d'être informée sur les actions de prévention qui lui sont proposées, sur leur utilité, leurs conséquences et sur les risques qu'elles comportent [5, 15, 19]. Puisque le cahier des charges des structures de gestion indique que les médecins sont les médiateurs privilégiés de l'information délivrée aux femmes et que leur association au processus du dépistage organisé est garante de la réussite du programme [4], il était nécessaire d'interroger les médecins

sur la communication mise à la disposition des femmes afin d'évaluer leurs besoins en information.

### **Les médecins : la nécessité de les impliquer dans le programme**

Si l'objet de notre visite aux médecins était d'évaluer l'impact des campagnes d'information sur leur connaissance du dispositif, leur comportement par rapport au dépistage, nous avons été parallèlement, le temps d'un entretien, un vecteur d'information. Le type d'enquête que nous avons choisi de réaliser, à savoir établir un contact direct avec nos différents interlocuteurs, nous a permis d'identifier quel était l'un de leurs principaux besoins en information, en particulier des médecins généralistes. L'existence d'approximations et d'interrogations sur les modalités de dépistage souligne le fait que les messages transmis dans ces campagnes n'ont pas toujours été bien compris par les médecins ou bien ces derniers n'ont pas toujours été réceptifs à ces messages. Comment alors, dans cette situation, le médecin peut-il jouer son rôle de médiateur privilégié de l'information délivrée à sa patiente ?

Les différentes questions relatives aux modalités du dépistage qui nous ont été posées soulignent une nouvelle fois l'importance de la visite systématique du médecin coordinateur afin que les médecins aient une meilleure connaissance du programme et puissent s'approprier pleinement la démarche. Le rôle que nous avons eu à jouer auprès de certains médecins généralistes révèle un besoin réel pour ces professionnels du soin d'échanges interpersonnels. Pour jouer son rôle de médiateur privilégié de l'information délivrée aux femmes, il est nécessaire, dans un premier temps, que le médecin traitant ait acquis les principes et modalités du

dépistage organisé et qu'il se soit approprié la démarche. Dans un second temps, il lui faudra communiquer par un langage ajusté – trouver les mots –, établir cette mise en tension entre la logique vernaculaire et les concepts biomédicaux parfois en inadéquation [23]. A l'instar des recommandations sur l'information à donner aux hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate, il pourrait être envisagé la rédaction de recommandations pour les femmes [1]. Par ailleurs, le médecin doit accompagner la prescription d'une mammographie de dépistage. « Ce n'est pas uniquement la fiole de médicament ou la boîte de cachets qui importent, mais la manière dont le médecin les prescrit à son malade » [14].

Cette étude a mis en avant la difficulté pour le médecin généraliste et le gynécologue de s'approprier la pratique du dépistage organisé lié notamment à un sentiment de non intégration dans ce programme. Cette observation est un élément explicatif de la co-existence aujourd'hui, d'un dépistage individuel et d'un dépistage organisé. Or, l'importance des coûts engagés dans la mise en place du programme de dépistage organisé du cancer du sein ne se justifie que si le dépistage individuel disparaît au profit du dépistage organisé. Cette substitution repose essentiellement sur les médecins [19]. Ceci pose la question des messages d'information qui doivent être véhiculés : si les médecins n'identifient pas dans leur pratique de différence entre dépistage individuel et organisé et l'intérêt d'une campagne de dépistage, il restera difficile de favoriser l'un par rapport à l'autre. Comme certains auteurs le soulignent, il semble nécessaire également de poursuivre le débat sur la pertinence du dépistage organisé des cancers [2, 3, 16].

### **Les femmes : le besoin d'une communication « humaine »**

« *L'absence de symptôme au début d'un cancer du sein* », « *une femme sur neuf peut dans sa vie être confrontée à un cancer du sein* », ces messages utilisés lors de la première campagne de communication nationale en 2002, sont des messages qui devraient être véhiculés dans les campagnes, comme l'ont montré d'autres études sur la communication dans les programmes de dépistage organisé du cancer du sein, qui ont adopté la même démarche méthodologique avec présentation de supports textuels et visuels aux interlocuteurs [10, 22]. En effet, au cours des entretiens étaient présentés des supports visuels et textuels, permettant aux femmes de réagir sur les termes et les visuels utilisés dans les campagnes d'information. Ainsi le message doit être clair, précis et réaliste mais ne doit pas alarmer : il faut oser utiliser le terme « cancer » dans la campagne car il renvoie pour les femmes à une réalité (le cancer de leur sœur, de leur amie ou de leur voisine) mais doit associer un message d'espoir. Le message doit utiliser le visuel d'une femme anonyme, et non pas celui d'une personnalité connue, d'une femme d'une cinquantaine d'années, évoluant dans son environnement affectif et quotidien. Les messages doivent insister sur les notions d'absence de signes et d'insuffisance de la palpation et éviter d'utiliser des statistiques. Par contre les résultats de notre étude diffèrent sur certains points de ceux retrouvés dans une étude récente sur la communication nationale menée auprès d'un échantillon représentatif de femmes et de professionnels de santé [12]. En effet, les résultats de cette étude indiquent que les messages ont été très bien perçus, jugés clairs, utiles et non anxiogènes, or notre étude a montré

que le message « Ne doutez plus de la santé de vos seins », employé dans cette campagne nationale en 2003, a peu de signification pour les femmes, il leur apparaît trop doux pour inciter les femmes à se faire dépister. Ainsi, notre étude indique que les femmes ont besoin de disposer de messages clairs, précis et réalistes qui doivent utiliser le terme « cancer ». Cette recommandation renvoie à la manière dont les médias traitent de la maladie : lire ou entendre, encore aujourd'hui, que tel ou tel est décédé « d'une longue et douloureuse maladie » signifie aux yeux des malades qu'il est toujours impossible de nommer la maladie [8]. Il demeure encore un certain tabou, actuellement, autour de la maladie « cancer ». Les femmes ont besoin de disposer de messages clairs et précis, or, on constate que depuis 2002, trois campagnes de communication nationale successives ont eu lieu, transmettant chacune des messages et des visuels différents, la dernière campagne, démarrée fin 2005, véhiculant, quant à elle, des messages visant à dédramatiser le dépistage.

Toutes les structures de gestion ne bénéficient pas de la même aide de leurs partenaires dans la mise en œuvre de leur plan de communication. Ainsi, certaines structures sont les principales actrices de l'ensemble des actions de communication qu'elles développent. Un soutien méthodologique et une mutualisation des moyens, au niveau régional, pour réaliser des actions de communication ont constitué une demande forte des médecins coordinateurs qui œuvrent seuls pour la mise en place de leur plan de communication. Connaître les résultats d'un programme n'a de sens que si l'on en tire des recommandations et si des décisions sont prises quant à l'avenir du programme [6]. La réalisation de cette étude a permis de définir des orientations précises pour

la mise en œuvre des campagnes de communication futures en région Poitou-Charentes auprès des femmes, l'objectif étant d'atteindre un taux de couverture au dépistage de 80 % au moins [18] dont 64 % dans le cadre du dépistage organisé. Si la multiplication des supports d'information est une méthode nécessaire afin d'aller vers une enculturation progressive des femmes à la démarche de dépistage, il serait pertinent à présent de réaliser une communication « humaine », notamment auprès des femmes habitant en zone rurale, isolées et en situation de vulnérabilité sociale, afin de les conseiller, de les orienter et de les rassurer dans leur démarche. Il semble ainsi exister une supériorité des relations interpersonnelles sur les médias, comme certains sociologues en font l'hypothèse [17].

De plus, comme l'ont montré des études, les taux de fidélisation des femmes au programme de dépistage organisé sont faibles. Ils font ressortir que peu de femmes répondent à des invitations successives, or la réduction de la mortalité ne sera perceptible que si la participation des femmes est importante dans la durée [19]. Cette observation souligne le besoin de véhiculer des messages informant les femmes de la nécessité de pratiquer régulièrement et à long terme une mammographie de dépistage. Ces messages doivent être plus directs pour les femmes qui répondent difficilement à des invitations successives. La mise en œuvre d'un plan d'actions

de communication ciblées est garant de l'augmentation de la participation et de la fidélisation des femmes au dépistage. Ce plan nécessite la coordination et la mutualisation des moyens et des compétences associant l'ensemble des acteurs sanitaires et sociaux locaux. Un important travail doit être réalisé auprès des professionnels de santé et des relais sociaux, de manière à les intégrer dans la boucle du dépistage organisé. Les informer ne suffit pas, il faut aller au devant d'eux, mieux les connaître et se faire connaître d'eux. Aussi, afin de mutualiser les moyens et les compétences, un groupe de communication régionale s'est constitué afin d'écrire un plan de communication. Le groupe a décidé, notamment, de mettre en place des séances de sensibilisation sur le dépistage organisé du cancer du sein auprès des acteurs associatifs et institutionnels amenés à rencontrer, dans le cadre de leurs activités professionnelles et/ou associatives, des femmes qui ont des difficultés d'accès au dépistage pour des raisons de précarité financière, d'isolement social et géographique. Cette action aura pour objectif de former les acteurs, pour être des diffuseurs d'information et/ou des promoteurs d'actions auprès des femmes. Ainsi, les échanges interpersonnels entre les femmes, les médecins et les acteurs associatifs et institutionnels, faciliteront la transmission d'informations conformes aux données actualisées de la science, permettant de faire évoluer la perception des femmes sur le dépistage.

## REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier Jean-Pierre ROBELET, Directeur de l'URCAM Poitou-Charentes, Céline NOSSEREAU, Chargée de mission à l'URCAM Poitou-Charentes, le Docteur Philippe BOUTIN, Président de l'URML Poitou-Charentes, le Docteur Stéphane BOUGES, Directeur de l'URML Poitou-Charentes, les Docteurs Philippe MADOULE, Eric LIAUD et Guy DEVAUD, élus de l'URML, Mme PIERRA, Déléguée Régionale aux Droits des Femmes, les Centres d'Information sur les Droits des Femmes de la Charente et de la Vienne, les structures de gestion du dépistage des cancers et en particulier le Docteur Dominique MAHIEU, médecin coordinateur de l'association Orchidée, le Docteur Anne FEYLER, médecin coordinateur de l'association Lucide 17, le Docteur Sandrine ARLOT-LAMADE, médecin coordinateur de l'association Arcande 79 et le Docteur COSTE, médecin coordinateur de l'association Docvie pour leur participation active à cette étude. Les auteurs remercient également les femmes et les professionnels de santé de la Charente et de la Vienne qui, par leurs témoignages, ont contribué à la réalisation de cette étude.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Agence Française d'Urologie et Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Éléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate. Recommandation pour la pratique clinique. Paris : ANAES, septembre 2004.
2. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Dépistage du cancer du sein par mammographie : évaluation de la méta-analyse de Gotzsche et Olsen. Paris : Anaes, janvier 2002.
3. Alla F, Deschamps JP. Dépistage des cancers : ne pas clore le débat. *Santé Publique* 2003 ; 15 : 123-4.
4. Arrêté du 27 septembre 2001 fixant le modèle de la convention type mentionnée à l'article L-1411-2 du Code de la santé publique. Organisation des programmes de dépistage des cancers. Cahier des charges pour les radiologues participant au dépistage du cancer du sein. Dépistage organisé du cancer du sein. Cahier des charges des « structures de gestion » des programmes de dépistage des cancers. *JO* n° 229 du 3 octobre 2001.
5. Article 11 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *JO* n° 52 du 5 mars 2002.
6. Asbl Question Santé. L'évaluation, un outil au service du processus. Coll. santé communautaire et promotion de la santé 1998 ; (5) : 28.
7. Barreau B, Tastet S, Brault I, *et al.* Le vécu psychologique des femmes lors de la surveillance des anomalies mammographiques « probablement bénignes » - À propos de 129 cas. *Médecine Radiologue de France* 2004 ; 259 : 27.
8. Bataille P. Un cancer et la vie : les malades face à la maladie. Paris : Balland, 2003 ; 359 p. (Coll. Voix et Regards)
9. Baum M, Demicheli R, Hrushesky W, Retsky M. Does surgery unfavourably perturb the "natural history" of early breast cancer by accelerating the appearance of distant metastases? *Eur J Cancer* 2005 ; 41 : 508-15.
10. DGS, CNAMTS, Ligue contre le Cancer et des médecins coordinateurs des programmes de dépistage. Guide méthodologique d'accompagnement « Comment les outils ont-ils été conçus ? Comment utiliser les outils ? ». Kit de communication – Programme national de dépistage des cancers.
11. Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie Poitou-Charentes. Déclinaison du Plan National Cancer en région Poitou-Charentes. Rapport d'Évaluation des campagnes de communication mises en place dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein, janvier 2005. [URL : <http://www.cres-poitou-charentes.org/CRES/doc/Cancerseindoccomplet.pdf>] [Consulté le 26/04/2006].
12. État, Assurance Maladie. Post-test de la campagne de communication sur le dépistage du cancer du sein, 2003.
13. État, Assurance Maladie, La Ligue. Campagne de communication sur le dépistage organisé du cancer du sein : rapport de l'étude sur les femmes « en situation difficile d'accès au dépistage », octobre 2004. [URL : <http://www.rendezvousanteplus.net/>] [Consulté le 25/01/2005]
14. Fainzang S. Médicaments et société. Paris: PUF, 2001 ; 149 p. (Coll. Ethnologies et controverses).

15. Jorgensen K, Gotzsche PC. Content of invitations for publicly funded screening mammography. *BMJ* 2006 ; 332 : 538-41.
16. Junod B, Massé R. Dépistage du cancer du sein et médicalisation en santé publique. *Santé Publique* 2003 ; 15 : 125-9.
17. Maigret E. Sociologie de la communication et des médias. Paris : Armand Colin, 2003 ; 287 p.
18. Mission Interministérielle pour la Lutte contre le Cancer. La dynamique du Plan Cancer : un an d'actions et de résultats - Volet général. Rapport annuel 2003-2004, mai 2004.
19. Office Parlementaire d'évaluation des politiques de santé. Les résultats du dépistage du cancer du sein. Rapport d'études remis au Bureau de l'Assemblée Nationale et du Sénat, France. Assemblée Nationale, Sénat, 2004.
20. Quivy R, Van Campenhoudt L. Manuel de recherche en sciences sociales. Paris : Dunod, 2001 : 304 p.
21. Remontet L, Buemi A, Velten M, Jouglu E, Estève J. Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. *InVS*, octobre 2003.
22. Sancho-Garnier H, Maignien M, Mergier A, et le Groupe de pilotage de la Ligue nationale contre le cancer. La communication pour le dépistage organisé : avis de femmes. *BEH* 2003 ; 4 : 27-8.
23. Séradour B. Le dépistage du cancer du sein : un enjeu de santé publique. Paris : Springer, 2003 ; 158 p. (Coll. Dépistage et cancer)
24. Welch HG. Search and destroy - the right cancer strategy for Europeans? *Eur J Cancer* 2005 ; 41 : 660-3.