



LES FACTEURS D'ADHESION ET DE RESISTANCE AU DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN

ETUDE AUPRES DES FEMMES DE 50 A 74 ANS CONSULTANT DANS LES CENTRES D'EXAMEN DE SANTE DE LYON ET DE CHAMBERY

Etude réalisée par



Août 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 AU DEPISTAGE
DU CANCER DU SEIN**

**ETUDE AUPRES DES FEMMES DE 50 A 74 ANS
CONSULTANT DANS LES
CENTRES D'EXAMEN DE SANTE
DE LYON ET DE CHAMBERY**

Comité de pilotage de l'étude :

*Docteur **Hervé CHAROLLAIS**, Médecin chargé d'études du CES de Lyon
Docteur **Isabelle COURTIAL**, Médecin-directeur de l'ADEMAS-69
Madame **Simone DARET**, Responsable de la prévention de l'URCAM
(Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie)
Docteur **Bruno FANTINO**, Médecin-directeur du CES de Lyon
Docteur **Denis FONTAINE**, Médecin, Directeur d'études de l'ORS Rhône-Alpes
Docteur **Pierre TOURAILLE**, Médecin-directeur du CES de Chambéry*

Réalisation de l'étude :

*Docteur **Denis FONTAINE**, Médecin de santé publique, Directeur d'études*

*Avec la collaboration de :
Madame **Martine DRENEAU**, Documentaliste
Monsieur **Laurent LONGRE**, Statisticien*

Et des Educatrices en santé des CES de Lyon et Chambéry

Direction de la publication :

*Docteur **Pascale GAYRARD**,
Médecin-directeur de l'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes*

***Etude de l'URCAM Rhône-Alpes (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie)
réalisée dans le cadre du PRAM (Programme Régional de l'Assurance Maladie)***

Rapport et résumé disponibles sur Internet :

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

→ www.ors-rhone-alpes.org

SOMMAIRE

CONTEXTE DE L'ETUDE	4
OBJECTIFS	7
SUJETS ET METHODES	8
RESULTATS 1 : CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON D'ETUDE	11
RESULTATS 2 : CARACTERISTIQUES DES CONSULTANTES DES C.E.S.	16
RESULTATS 3 : COMPARAISON ENTRE FEMMES SUIVIES ET NON SUIVIES	26
RESULTATS 4 : REPRESENTATIONS DU CANCER DU SEIN ET DU DEPISTAGE	55
RESULTATS 5 : ANALYSE MULTIVARIEE DES FACTEURS DE SUIVI	70
RESULTATS 6 : LA MAMMOGRAPHIE ET LE PROGRAMME DU RHONE	75
RESULTATS 7 : LA NON PARTICIPATION AU DEPISTAGE	85
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	93
ANNEXES	
1. Le score Epices	104
2. Les questionnaires de Lyon et de Chambéry	105
3. Bibliographie	116

CONTEXTE DE L'ETUDE

Un haut niveau de participation est nécessaire pour que le dépistage du cancer du sein soit efficace en terme de réduction de la mortalité. Dans le cadre du Programme Régional de l'Assurance Maladie 1999, un groupe de travail s'est réuni tout au long de l'année et a dégagé des axes de travail pour améliorer la participation des femmes au dépistage du cancer du sein. **Mieux connaître les facteurs d'adhésion et de résistance des femmes** est l'un de ces axes.

Les facteurs d'adhésion et de résistance au dépistage du cancer du sein par la mammographie ont déjà fait l'objet de plusieurs études (Cf. bibliographie en Annexe 3). Les **facteurs de résistance** au dépistage sont nombreux et bien connus :

1. La **peur du cancer** et les représentations de cette maladie : une maladie incurable, qui se soigne mal, au prix d'une amputation du sein qui porte atteinte à la féminité (ce qui n'est plus la réalité d'aujourd'hui). Les causes supposées de cette maladie sont fausses (stress, traumatisme local, idée que le risque diminue après la ménopause), ou elles sont ailleurs (Dieu, destinée, fatalité) et alors il est vain de vouloir s'y opposer. Ainsi, si la peur du cancer peut être une incitation à faire des mammographies, elle peut aussi être déclencheur d'un mécanisme de **déni**. L'information peut donc être source de résistances, si elle est incomplète.
2. Le dépistage peut être rejeté car il parle le **langage de la maladie**, et qu'il y a refus de parler de maladie (ou de s'envisager comme malade si le test est positif). Soit par peur de la maladie, anxiété générale, qui fait qu'on ne veut pas en savoir plus sur son état de santé. Soit au contraire parce qu'on est en bonne santé, qu'on n'imagine pas qu'il soit possible de dépister une maladie qui n'est pas perceptible, qu'on oublie le risque d'être touchée par la maladie (c'est pour les autres, il n'y a pas d'antécédent dans ma famille), ou tout simplement qu'on ne veut pas prendre le risque de se voir déclarer malade alors qu'on ne l'est pas pour le moment.
3. Le dépistage peut être rejeté parce qu'il y a des croyances sur ses **conditions de réalisation** (peur de la douleur) ou **Crainte de ses effets** (cancer par irradiation, traumatisme de la compression du sein). Certaines femmes peuvent aussi être **sceptiques** devant la capacité de la mammographie à détecter une tumeur mieux que ne le fait la palpation.
4. Plus généralement, c'est un **doute sur la médecine** et la science en général qui peut entraîner la méfiance. On considère alors que les informations sur la santé sont plus nuisibles qu'utiles. Ou pour d'autres, c'est d'abord sur soi et sur son hygiène de vie qu'on compte pour rester en bonne santé (notamment par le recours aux médecines parallèles), ce qui limite le recours aux dispositifs de dépistage organisé.
5. A l'opposé, certaines femmes **confient totalement leur santé à leur médecin**, qu'elles consultent régulièrement, et elles ne répondront pas aux invitations d'un programme tant qu'il ne leur aura pas demandé explicitement. Si le médecin, pour diverses raisons, est hostile au dépistage, cela viendra conforter les réticences des femmes.

6. D'autres **raisons "sociales"** peuvent être mises en avant : c'est une atteinte aux libertés individuelles (il n'y a pas libre choix du praticien, du moment, des modalités d'examen), c'est une façon d'augmenter inutilement les dépenses médicales.
7. De façon plus personnelle, certaines femmes ont **d'autres problèmes et d'autres priorités** lorsque le dépistage leur est proposé, car elles ont de faibles revenus, ou sont âgées (elles ont d'autres pathologies, notamment des maladies chroniques), ou encore elles limitent leurs sorties pour des raisons financières ou de réduction de mobilité (handicap...).
8. Enfin, le **mode d'organisation** de la campagne est également important. Par exemple, le fait d'être radiographiée par un homme peut être un obstacle à la participation pour certaines femmes.

Dans le Baromètre santé 1995/96 du CFES, il a été noté que les femmes les moins participantes au dépistage du cancer du sein sont celles qui vivent seules, qui ont un faible niveau d'études, qui ont de faibles revenus, qui sont ouvrières, qui sont plus âgées, qui ont une maladie chronique, qui adhèrent aux valeurs "traditionnelles", qui ont une attitude de censure par rapport à leur corps et leur féminité, qui oblitèrent le risque d'être touchées par cette maladie, et qui ont une attitude fataliste par rapport à leur santé.

Il ressort des différentes études que **les non-suivies ont des profils variables**, et que le refus peut être :

- "**circonstanciel**" : je ne suis pas contre mais j'étais prise par d'autres choses, ou le mode d'organisation ne me convient pas (¼ selon une étude suisse),
- "**conditionnel**" : je suis contre parce que j'ai une bonne santé et que je ne me sens pas vulnérable à cette maladie, mais si j'avais des signes, je participerais (½ selon l'étude),
- "**définitif**" : je suis contre parce que j'ai une mauvaise santé et qu'on ne peut rien pour moi, de toute façon c'est la fatalité... (¼ selon l'étude).

La **précarité**, entendue comme une situation de fragilisation économique, sociale et familiale, a été peu étudiée dans son impact sur le dépistage du cancer du sein. La grande précarité, caractérisée par l'exclusion et la grande pauvreté, ne représente qu'une petite partie du phénomène de **précarisation**, qui toucherait selon le Haut Comité en Santé Publique (1998) 20% à 25% de la population vivant en France.

Les effets de la précarisation sur la santé sont encore mal connus. Il n'existe pas de pathologies spécifiques des personnes en situation précaire. Il s'agit plutôt d'une vulnérabilité, qui fait qu'il est plus difficile de faire face aux événements de la vie et aux "agressions" extérieures. Ce qui a pour conséquences des ruptures multiples (travail, famille, logement), une remise en cause de l'estime de soi, la souffrance psychique, et des maladies physiques et mentales. Et ce alors que l'accès aux soins est plus difficile, pour des raisons économiques (avant l'institution de la Couverture Maladie Universelle), pour des raisons socioculturelles et à cause du mode de fonctionnement du système de santé. Il y a donc une plus grande "distance" aux soins, et l'urgence est le mode de recours aux soins le plus fréquent, lorsque les capacités de tolérer la douleur et les désordres intérieurs sont débordées.

Selon une étude du RESSCOM, les personnes en grande précarité sont si accaparées par leur survie au quotidien et si éloignées d'une prise personnelle sur leur vie qu'elles ne peuvent pas, s'inscrire dans une démarche de prévention, et leur adhésion au dépistage du cancer du sein paraît impossible, "*sauf à les convoier d'autorité vers les centres de dépistage*".

Pour les autres, qui sont "précarisées" plus que "précaires", quatre éléments de vulnérabilité faisant obstacle au dépistage du cancer du sein ont été identifiés dans une étude d'Alain Mergier Consultants :

- la **dégradation de l'image de soi**, et donc de leur féminité, notamment par la répétition des situations de non reconnaissance,
- un **réseau relationnel à la fois faible et peu fiable**, ce qui favorise le repli sur soi et la vie au jour le jour, dans une anxiété permanente,
- une **intérieurisation de la notion d'exclusion**, notamment en raison de leurs ennuis administratifs, et donc une difficulté à imaginer qu'un dispositif comme un programme organisé leur soit accessible,
- une **restriction lexicologique** qui peut rendre incompréhensible un discours avec des mots tels que palpation, lésion, symptôme, anomalie, ménopause, mammographie, et avec des chiffres (notamment des probabilités).

Les **facteurs d'adhésion** au dépistage sont eux aussi multiples :

1. Une **information complète** et de bonne qualité, dans un langage facile à comprendre, sur le cancer du sein et sur le dépistage. Une information complète comporte à la fois des éléments de déstabilisation, qui peuvent inquiéter mais sont nécessaires pour éviter le déni (la palpation des seins ne suffit pas, un cancer peut être présent sans aucun signe clinique), et des éléments de restabilisation, qui permettent à la femme de se rassurer : la guérison fréquente, la simplicité du dépistage (qui n'est pas mettre le doigt dans un "engrenage médical"). Les informations techniques sur le déroulement de la mammographie, l'éventuelle douleur, ce qui se passe en cas de résultat positif, sont, elles, inquiétantes parce qu'elles mettent déjà la femme dans cet engrenage médical et ce statut de malade.
2. L'idée que le dépistage est une **précaution**, une **sécurité** qui va contribuer à la qualité de vie de la femme et indirectement de ses proches est de nature à renforcer l'adhésion.
3. La **gratuité** de la mammographie évite aux femmes d'avoir à se poser les questions d'argent et renforce la perception de simplicité de l'acte.
4. L'idée que le dépistage permet, en cas de découverte d'un cancer, un **diagnostic à un stade précoce** et donc d'une part de meilleures chances de guérison, et d'autre part un traitement moins agressif.
5. Le fait qu'en cas de test positif, dans $\frac{3}{4}$ des cas il ne s'agit pas d'un cancer mais d'un **problème bénin** qui sera résolu rapidement.
6. Le fait que le **médecin traitant** est favorable au dépistage et **incite** ses patientes à y participer. A ce point de vue, le suivi par un **gynécologue** est noté comme étant un facteur d'adhésion à la mammographie. De même **l'entourage** a un effet de renforcement.

Dans le Baromètre santé 1995/96 du CFES, il a été noté que les femmes les plus suivies sont celles qui ont un niveau d'études élevé (bac et +), qui ne fument pas, qui n'abusent pas d'alcool, qui ont un mode de vie "hédoniste" (aiment bien manger, sont soucieuses de leur apparence physique), qui ont eu un cas de cancer chez leurs proches.

L'enjeu d'une nouvelle étude n'est donc pas tant **d'identifier** les facteurs d'adhésion et de résistance que de **mesurer comment se répartissent ces différents facteurs** dans les différents groupes, notamment en fonction de la situation de précarité, de façon à pouvoir ensuite adapter la communication auprès des femmes. Il est également intéressant d'analyser ce qui se passe quand il existe un dépistage organisé dans un département.

Par leur activité, **les Centres d'Examens de Santé (CES)** constituent un lieu d'étude intéressant, pour plusieurs raisons. Ils reçoivent de nombreuses femmes de 50 à 74 ans. Ces femmes ne sont pas malades, et les femmes en situation précaire, qui nous intéressent particulièrement car elles participent peu aux dépistages, sont présentes dans cette population. Ils reçoivent des femmes non suivies par la mammographie, qui sont difficiles à identifier et à interroger en population générale. Enfin, les CES ont une vocation essentiellement préventive, et sont donc à même de communiquer de façon modulée avec ces différentes catégories de femmes pour améliorer la couverture du dépistage du cancer du sein.

Deux CES, celui de Lyon et celui de Chambéry, étaient volontaires pour réaliser cette étude.

- Le département du Rhône est depuis 1987 le site d'une expérience pilote de dépistage du cancer du sein par mammographie chez toutes les femmes de 50 à 69 ans, coordonnée par l'Association pour le Dépistage des Maladies du Sein du Rhône (Ademas-69). L'âge du dépistage vient d'être élargi jusqu'à 74 ans, conformément aux recommandations nationales.
- En revanche, il n'existe pas de programme de dépistage systématique en Savoie.

Ce choix de deux CES permettait donc de comparer deux contextes départementaux de dépistage, l'un organisé et l'autre individuel.

OBJECTIFS

→ La **finalité** de ce travail est d'augmenter le taux de participation des femmes aux campagnes de dépistage du cancer du sein par la mammographie systématique entre 50 et 74 ans.

→ **L'objectif général** est d'orienter les modalités de la communication des campagnes de dépistage du cancer du sein afin qu'elles touchent mieux les femmes non suivies, et notamment celles qui sont en situation de précarité.

→ **L'objectif spécifique** de l'étude est de mesurer la répartition des facteurs d'adhésion et de résistance au dépistage du cancer du sein dans la population utilisatrice des CES, en fonction de la situation de précarité des femmes et de l'existence d'un programme de dépistage organisé dans leur département.

Les **effets attendus** de l'étude sont également :

- Pour le Rhône, de faire adhérer à la campagne en cours les femmes non suivies ainsi détectées et pour la Savoie, de permettre aux femmes non suivies de rentrer dans un processus de dépistage cohérent avec les recommandations nationales.
- De mobiliser les équipes des CES de Lyon et Chambéry pour inciter les non suivies à faire ce dépistage, notamment pour les femmes en situation de précarité.

SUJETS ET METHODE

Critères d'inclusion :

La population étudiée est celle des femmes de 50 à 74 ans venant passer un Bilan de Santé aux Centres d'Examens de Santé de Lyon (rue Baraban ou rue de Narvik), ou au CES de Chambéry. Elles sont interrogées en tenant compte de deux critères : "suivie" ou "non-suivie" par la mammographie, situation de précarité ou non.

- **La participation au dépistage** correspond à la réalisation d'une mammographie dans les 3 dernières années. Toutefois, pour faciliter le travail des enquêtrices, sont considérées comme "suivies" les femmes ayant eu une mammographie depuis le 1^{er} janvier 1997. Le calcul des 36 mois est fait lors de l'analyse des données par différence entre la date de l'enquête et la date de la dernière mammographie.
- **La situation de précarité** est évaluée a priori (au moment de l'inclusion) par un critère administratif, le "Code Article 2" des CES : ce sont les femmes au chômage, touchant le RMI, en Contrat emploi solidarité, ou conjoint de personne relevant de ces dispositifs. Le "Code Article 2" fait référence à l'article 2 de l'arrêté ministériel du 20 juillet 1992 définissant les catégories d'assurés sociaux à qui l'examen périodique de santé des CES doit être proposé en priorité.
- La situation de précarité est réévaluée a posteriori (au moment de l'analyse) par le **score "Epices"** cumulant les réponses à 11 indicateurs économiques, sociaux et relationnels, mesurés par le questionnaire d'enquête. Ce score a été créé et validé auprès de plusieurs milliers de consultants de CES. Il a l'avantage d'être plus sensible (car multidimensionnel), d'être continu (de 0 à 100), et d'inclure des femmes de plus de 60 ans, puisque RMI, chômage et Contrats emploi solidarité s'arrêtent à cet âge. Le calcul du score est présenté en Annexe 1.

Critères d'exclusion :

Aucune femme de 50 à 74 ans n'est exclue de l'enquête :

- Les femmes suivies après **cancer du sein** ou pour une autre pathologie mammaire sont incluses car le dépistage leur reste recommandé comme pour la population générale. L'expérience personnelle de la maladie les différencie du reste de la population, mais ce groupe est numériquement très faible et ne peut donc pas biaiser les résultats.
- Les femmes **refusant de répondre** au questionnaire ou pour lesquelles l'entretien est **impossible** sont incluses avec seulement les variables générales socio-démographiques recueillies en routine dans les CES. Ceci permet d'évaluer leur nombre et de voir si elles diffèrent des répondantes pour ces variables.

Taille de l'échantillon et modalités d'échantillonnage :

L'échantillonnage devait permettre de recueillir les données pour environ 200 femmes en situation de précarité (dont une centaine de non-suivies) et 200 femmes non précaires (dont une centaine de non-suivies).

Compte tenu de la moindre fréquence des femmes « précaires » (selon le critère administratif d'inclusion), l'échantillon devait être constitué en deux étapes :

- 1^{ère} étape : enquête exhaustive, incluant toutes les femmes de 50-74 ans durant 1 à 2 mois.
- 2^{ème} étape : une fois que le nombre de 200 femmes non précaires est atteint, échantillonnage sélectif ne concernant que les femmes « précaires » de 50-74 ans se présentant dans les CES, jusqu'à obtenir 200 femmes précaires au total. La durée prévue de cette 2^{ème} étape était de 4 à 5 mois.

Compte tenu de la fréquence estimée des femmes ayant eu une mammographie récente dans les deux CES, cet échantillonnage devait permettre d'obtenir des informations sur environ 100 femmes dans chacun des 4 groupes (suivies et non-suivies, situation précaire ou non).

Organisation pratique

Un Comité de pilotage, coordonné par l'ORS, a été constitué avec les représentants des CES de Lyon et de Chambéry, de l'Ademas-69 et de l'URCAM, qui a financé cette étude. Le Comité de pilotage a défini la méthodologie, le protocole, les questionnaires, suivi le déroulement de l'étude, discuté les résultats et validé les conclusions.

Chaque CES était responsable de la mise en oeuvre de l'étude sur le terrain : choix et formation des enquêtrices, organisation pratique de l'enquête, passation du questionnaire, supervision. Les femmes éligibles à l'étude étaient choisis par le secrétariat du CES sur la base des critères d'inclusion. L'étude était basée sur des questionnaires anonymes administrés par une "éducatrice pour la santé" (il était important qu'il s'agisse d'une femme, et qu'elle ne soit pas identifiée à un professionnel de santé, notamment par sa tenue vestimentaire).

Outre la coordination du Comité de pilotage, l'ORS a proposé le protocole, analysé la bibliographie, validé et analysé les données, et rédigé le rapport.

Le questionnaire

Le questionnaire est conçu comme une base commune en 8 sections, avec des options : les femmes « suivies » et « non-suivies » ont certaines questions spécifiques, ainsi que celles du Rhône, en raison de l'existence du programme de dépistage organisé (Cf. modèle des questionnaires du Rhône et de Savoie en Annexe 2). Il est anonyme et ne comporte qu'un numéro d'ordre ne permettant pas de remonter à l'identité de la personne interrogée.

Les différentes parties sont :

1. Des caractéristiques générales **socio-démographiques et économiques**, notamment celles qui permettent de calculer le Score Epices de précarité (sections A et G).
2. **Représentations** du cancer du sein, de ses facteurs de risque et du dépistage (section R).
3. Des informations sur la **dernière mammographie** pratiquée (pour toute femme ayant eu une mammographie depuis le 1^{er} janvier 1997), sa qualité perçue et les motifs de cette mammographie (section M). Pour les Lyonnaises, les **données de l'Ademas-69** (dernière convocation et dernière mammographie) ont été recherchées auprès de cet organisme (section B).
4. Les « non-suivies » (pas de mammographie depuis le 1^{er} janvier 1997) sont interrogées sur les **motifs de cette non-participation** (section N).

5. La "**réception**" **du programme** de dépistage du cancer du sein (pour les Lyonnaises uniquement) : perception du programme et de leur niveau d'information (section C).
6. Des **données sanitaires** (antécédents familiaux de cancer ou chez des proches, état de santé global, antécédents personnels de cancer ou autre maladie du sein, maladie chronique, handicap, consommation de tabac et alcool...) et des **pratiques d'utilisation des services** de santé (médecin généraliste, gynécologue, dentiste, prévention par frottis du col et test Hemocult) (section S).

Analyse des données

Les données ont été saisies et exploitées sur les logiciels Excel, Epi-info et Statlab. Elles ont fait l'objet d'une exploitation descriptive simple et d'une exploitation comparative, entre suivies et non-suivies au dépistage, et précaires et non précaires. L'analyse a porté sur :

- les données socio-démographiques, les antécédents médicaux personnels, familiaux et dans l'entourage, l'état de santé, l'utilisation des services de santé, les habitudes de vie.
- l'information reçue par les femmes concernant le cancer du sein et le dépistage. Pour les femmes du Rhône, la perception de la campagne de dépistage et pour les suivies, leur vécu.
- les représentations sur le cancer du sein, ses facteurs de risque, son dépistage.
- les motifs de participation et de non participation à la mammographie.

Le plan du rapport :

- Le chapitre Résultats 1 analyse **l'échantillonnage** et les non réponses.
- Le chapitre Résultats 2 analyse **les caractéristiques des consultantes des CES**.
- Le chapitre Résultats 3 compare les **caractéristiques des quatre groupes de répondantes** selon leurs **suivi ou non par la mammographie** dans les 36 mois et leur **situation précaire** selon le code article 2, puis selon l'autre critère de précarité qu'est le score Epices.
- Le chapitre Résultats 4 analyse les **représentations du cancer du sein et du dépistage des quatre mêmes groupes de répondantes** (suivies / non suivies, précaires / non précaires).
- Le chapitre Résultats 5 fait la synthèse des **facteurs de suivi et de non suivi par une analyse multivariée**.
- Le Chapitre Résultats 6 analyse l'appréciation portée sur la **mammographie** par les femmes **suivies**, et, pour les Lyonnaises, leur **perception du programme** de dépistage organisé.
- Le chapitre Résultats 7 analyse les réponses des **non suivies** sur les motifs de leur non participation.

Chaque chapitre de résultats se termine par un paragraphe de discussion qui fait la synthèse des résultats et discute de leur cohérence.

- Le chapitre Recommandations et conclusions définit les principales recommandations issues de cette étude.

RESULTATS 1 : CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON D'ETUDE

1.1 : L'ECHANTILLONNAGE

Il s'est déroulé en deux temps, comme prévu :

1. Echantillonnage **exhaustif** de toutes les femmes de 50-74 ans se présentant aux CES de Chambéry et Lyon Baraban. Ce mode d'échantillonnage a duré environ deux mois, en juillet et août 2000 à Chambéry, du 20 juillet à la fin septembre à Lyon Baraban (avec interruption en août). Il est apparu lors de cette première phase que la proportion des femmes sans mammographie était bien plus faible que prévue à Lyon, et que de ce fait le nombre de 100 femmes non suivies non précaires était loin d'être atteint. Le nombre de non-réponses était également élevé.
2. Echantillonnage **sélectif** de toutes les femmes de 50-74 ans en situation "**précaire**" (selon le code article 2) ET/OU "**non suivie**" (pas de mammographie ou dernière mammographie remontant à avant 1997). Les femmes suivies ET en situation non précaire ont été comptabilisées mais volontairement exclues de l'interrogatoire complet. Ce mode d'échantillonnage a duré trois mois : de septembre à novembre 2000 à Chambéry, et d'octobre à décembre à Lyon. Le CES de Lyon Narvik a également contribué au recrutement sélectif à partir de la mi-octobre.

L'exhaustivité de l'inclusion des femmes n'a pas été mesurée avec précision, mais elle est bonne : seul un petit nombre de femmes n'a pas été inclus dans l'enquête alors qu'il aurait dû l'être. A l'opposé, quelques questionnaires ne répondant pas aux critères d'inclusion (n'habite pas dans le département, hors tranche d'âge) ont été supprimés de la base de données avant l'analyse : 30 à Lyon et 2 à Chambéry. Quelques femmes consultant à Chambéry mais résidant en Isère ont pu malgré tout être incluses, ce qui explique par exemple que quelques unes affirment qu'il existe un dépistage organisé en Savoie.

A l'issue de ces deux temps d'échantillonnage, et après validation de la base de données, l'échantillon global comporte 1180 femmes ayant répondu au moins à la première page du questionnaire, dont 767 à Lyon et 413 à Chambéry (cf. Tableau 1) :

- 352 femmes ont répondu au questionnaire complet, dont 192 à Lyon et 160 à Chambéry.
- Les non-réponses sont au nombre de 154, dont 108 à Lyon et 46 à Chambéry. Elles sont dues à un problème de langue, un refus, ou à une impossibilité due au CES.
- Au cours de l'échantillonnage sélectif, 674 femmes avec mammographie et non précaires ont été volontairement exclues de l'interrogatoire complet, dont 467 à Lyon et 207 à Chambéry.

Les deux derniers groupes n'ont fait l'objet que du recueil de quelques variables générales (1^{ère} page du questionnaire), qui permettent des comparaisons avec les répondantes.

TABLEAU 1 - NOMBRE DE QUESTIONNAIRES RECUEILLIS**Echantillon global**

	Mammographie OUI depuis 1997	Mammographie NON depuis 1997	total
Précaires code article 2 OUI	114 dont : 59 répondantes 55 non répondantes	32 dont : 20 répondantes 12 non répondantes	146 dont : 79 répondantes 67 non répondantes
NON précaires code article 2	930 dont : 198 répondantes 58 non répondantes <i>674 non interrogées</i>	104 dont : 75 répondantes 29 non répondantes	1034 dont : 273 répondantes 87 non répondantes <i>674 non interrogées</i>
total	1044 dont : 257 répondantes 113 non répondantes <i>674 non interrogées</i>	136 dont : 95 répondantes 41 non répondantes	1180 dont : 352 répondantes 154 non répondantes <i>674 non interrogées</i>

CES de Lyon

	Mammographie OUI depuis 1997	Mammographie NON depuis 1997	total
Précaires code article 2 OUI	69 dont : 27 répondantes 42 non répondantes	13 dont : 3 répondantes 10 non répondantes	82 dont : 30 répondantes 52 non répondantes
NON précaires code article 2	633 dont : 129 répondantes 37 non répondantes <i>467 non interrogées</i>	52 dont : 33 répondantes 19 non répondantes	685 dont : 162 répondantes 56 non répondantes <i>467 non interrogées</i>
total	702 dont : 156 répondantes 79 non répondantes <i>467 non interrogées</i>	65 dont : 36 répondantes 29 non répondantes	767 dont : 192 répondantes 108 non répondantes <i>467 non interrogées</i>

CES de Chambéry

	Mammographie OUI depuis 1997	Mammographie NON depuis 1997	total
Précaires code article 2 OUI	45 dont : 32 répondantes 13 non répondantes	19 dont : 17 répondantes 2 non répondantes	64 dont : 49 répondantes 15 non répondantes
NON précaires code article 2	297 dont : 69 répondantes 21 non répondantes <i>207 non interrogées</i>	52 dont : 42 répondantes 10 non répondantes	349 dont : 111 répondantes 31 non répondantes <i>207 non interrogées</i>
total	342 dont : 101 répondantes 34 non répondantes <i>207 non interrogées</i>	71 dont : 59 répondantes 12 non répondantes	413 dont : 160 répondantes 46 non répondantes <i>207 non interrogées</i>

Légende : Mammographie OUI = mammographie depuis le 01/01/1997
Précaire code article 2 OUI = chômage, RMI, CES ou conjoint dans ces dispositifs

Le **nombre global de femmes** incluses est un peu inférieur à ce qui était attendu (352 contre 400). La différence par rapport à l'échantillonnage attendu tient surtout au fort pourcentage de femmes ayant une mammographie depuis 1997 et non en situation de précarité parmi les consultantes des CES. De ce fait, il y a 198 femmes dans ce groupe, alors que les femmes

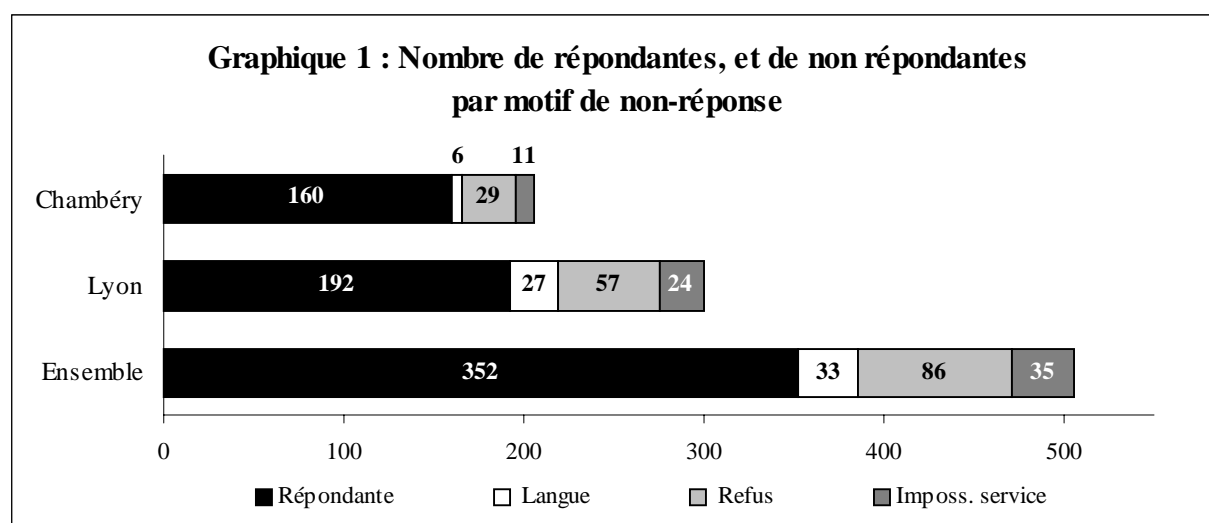
précaires suivies (avec mammographie) et non précaires non suivies (sans mammographie) sont moins nombreuses (respectivement 59 et 75). Néanmoins, ce nombre permet de faire l'analyse prévue.

Par contre, le groupe des femmes précaires non suivies est resté faible, avec 20 femmes seulement, presque toutes (17) étant à Chambéry. L'analyse de ce groupe ne pourra donc pas être aussi détaillée que prévu.

1.2 : LE TAUX DE NON-REPONSES

Il est globalement de 30% (154 femmes, dont 108 à Lyon et 46 à Chambéry). Ces non-réponses regroupent trois situations différentes (Graphique 1) :

- les **problèmes de langue** : impossibilité de réaliser l'entretien pour insuffisance de maîtrise du Français. Cette raison concerne 33 femmes (6% des femmes interrogées), dont 27 à Lyon et 6 à Chambéry.
- les **refus** de répondre à ce questionnaire concerne 86 femmes (17% des femmes interrogées), dont 57 à Lyon et 29 à Chambéry.
- les **impossibilités de service** : soit par absence d'enquêteur (enquêteuse réellement absente, ou déjà occupée à un autre entretien, soit parce que la femme a été "perdue de vue" durant le "circuit" dans le CES. Cette raison concerne 35 femmes (7% des femmes interrogées), dont 24 à Lyon et 11 à Chambéry.



Dans les trois cas, **le taux de non-réponses est supérieur à Lyon**, dans un rapport moyen de deux fois celui de Chambéry (36% contre 22%, $p=0,001$). Trois explications sont possibles :

1. Les populations de consultantes sont différentes. Pour le motif de langue, cette raison est sans doute essentielle, due à une plus importante population étrangère dans l'agglomération lyonnaise qu'en Savoie.
2. Une disponibilité différente dans les deux départements, les consultantes pouvant être plus pressées et moins soucieuses de faire plaisir au personnel du CES dans une plus grande ville.

- Enfin, l'environnement du CES est différent dans les deux villes : différence de taille, d'organisation, d'ambiance du CES, de disponibilité et de contact avec les enquêtrices. Le CES de Chambéry a réalisé la plus grande partie de l'enquête avec une seule enquêtrice, dont c'était la tâche principale, alors que celui de Lyon a eu recours aux éducatrices de santé, qui ont eu à réaliser l'enquête en plus de leurs tâches habituelles.

Comme nous disposons de quelques variables pour les non-répondantes, il est possible de les comparer aux répondantes. Il ressort que **les femmes non répondantes** sont d'âge comparable, ont aussi souvent fait des mammographies depuis 1997, mais différent par :

- Leur profession à Lyon ($p=0,000003$) : les non-répondantes de Lyon sont plus souvent des femmes sans profession (30% contre 9%), et moins souvent des employées ou ouvrières (29% contre 50%) que les répondantes. Mais il y a un taux important de non-réponses pour la profession pour Lyon (respectivement 19% et 13%).
- Leur situation de précarité à Lyon ($p=0,000002$) : les non-répondantes de Lyon sont plus souvent précaires (selon le code article 2) que les répondantes : 48% contre 16%.

Pour les Lyonnaises, les données de l'Ademas-69 peuvent être comparées entre les répondantes et non répondantes. Aucune variable n'est distribuée différemment entre ces deux groupes : enregistrement à l'Ademas-69, invitation par l'Ademas-69, mammographie à l'Ademas-69, et la concordance entre les dates déclarées par la femme et enregistrées par l'Ademas-69 est la même.

1.3 : LES SUIVIES NON PRECAIRES QUI N'ONT PAS ETE INTERROGEEES

Les suivies non précaires qui n'ont pas été interrogées lors de l'échantillonnage sélectif peuvent être comparées à celles incluses dans la première étape de l'enquête afin de savoir si leurs caractéristiques sont différentes, ce qui serait en faveur d'un effet saisonnier du recrutement dans les CES.

Il ressort de cette comparaison que les femmes non interrogées lors de l'échantillonnage sélectif sont :

- Plus âgées à Lyon ($p=0,02$) : les plus de 65 ans sont plus nombreuses (19% contre 8%).
- Plus souvent sans profession à Lyon ($p<10^{-6}$) : un tiers des femmes non interrogées sont sans profession (34% contre 7%), ce qui se traduit par une moindre proportion d'employées (33% contre 48%) et techniciennes et cadres moyens (11% contre 21%). Toutefois, un biais d'interrogatoire reste possible car pour 10% des femmes dans les deux groupes la profession n'est pas renseignée.

1.4 : DISCUSSION SUR L'ECHANTILLONNAGE

L'échantillonnage a été légèrement modifié pour tenir compte du faible nombre de femmes précaires selon le code article 2 : l'inclusion sélective prolongée a ainsi concerné non seulement les non suivies, mais aussi les suivies en situation précaire. Ceci n'a pas de conséquences sur l'analyse, hormis le fait que les suivies ne peuvent s'analyser globalement en ajoutant simplement les précaires aux non précaires : la représentation des précaires a été majorée dans l'échantillon.

Le taux des non-réponses est élevé pour une enquête en face à face (30%), particulièrement à Lyon.

- Les problèmes de langue introduisent probablement un biais, étant donné qu'ils recouvrent des différences culturelles, mais il n'était pas possible de mobiliser en permanence plusieurs interprètes pour un petit nombre de femmes.
- Le refus de répondre peut être interprété par le fait que le sujet dérange la personne, ou par un manque de temps pour y répondre. Le premier motif signifie qu'un biais a été introduit. La longueur du questionnaire a sans doute pu majorer le second motif. A titre de comparaison, le Baromètre santé, qui est également long (1/2 heure) et dont la passation se fait par téléphone enregistre des taux de refus de 24% à 25%, ce qui est similaire.
- L'impossibilité de service ne devrait a priori pas entraîner de biais, sauf en ce qui concerne les femmes "perdues de vue" après la consultation médicale. Ce dernier point peut rejoindre le refus, la personne ayant pu volontairement sauter la dernière étape du circuit qu'était l'enquêtrice éducatrice de santé.

Compte tenu des informations dont on dispose pour les non répondantes, il est possible d'analyser l'importance du biais introduit par les non réponses : elles ont concerné aussi bien des suivies par la mammographie que des non suivies ; par contre elles ont concerné plus les femmes en situation précaire à Lyon, ce qui a nécessité de prolonger l'inclusion sélective de ce groupe. Ceci peut être interprété comme un effet plus important du temps nécessaire à l'entretien, ou de la crainte de l'entretien lui-même (pour les femmes en situation précaire) que du sujet de l'entretien (le cancer du sein et la mammographie).

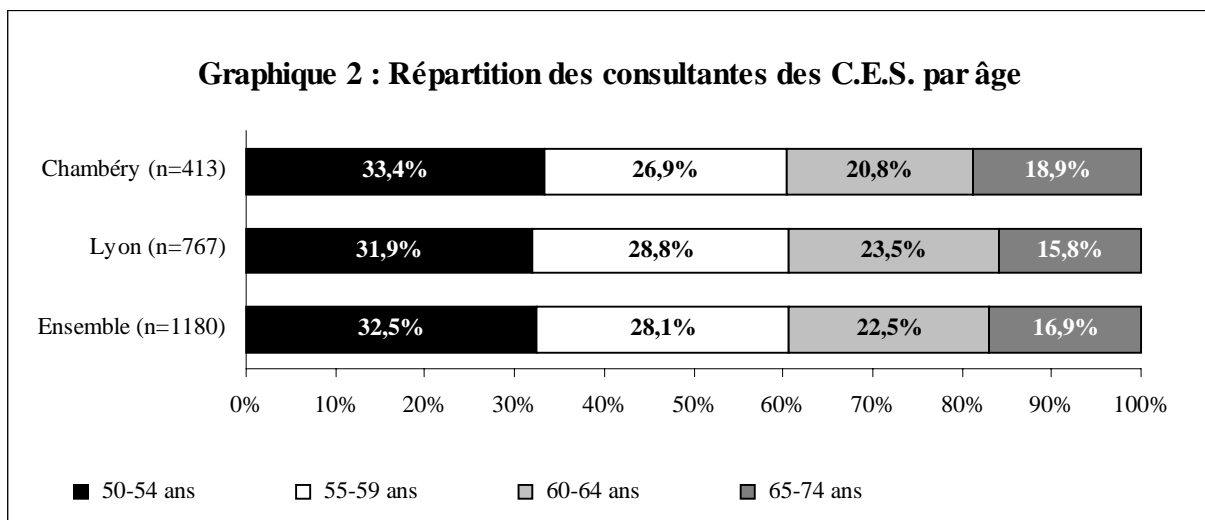
Enfin, pour les suivies non précaires qui n'ont ***pas été interrogées au moment de l'échantillonnage sélectif***, il apparaît des variations saisonnières dans le recrutement, les femmes plus âgées et sans profession consultant moins durant l'été à Lyon. Il en sera tenu compte au moment de l'analyse dans le rôle de l'âge et de la profession.

Pour éviter ces biais, les consultantes sont d'abord analysées globalement (en incluant les non répondantes et non interrogées) pour les variables qui sont renseignées pour toutes (Chapitre suivant). Pour les comparaisons entre groupes de suivies / non suivies et précaires / non précaires (Résultats 3 à 5), l'hypothèse est faite que les non-répondantes auraient répondu comme les répondantes.

RESULTATS 2 : CARACTERISTIQUES DES CONSULTANTES DES C.E.S.

A partir de l'échantillon global de 1180 femmes (767 à Lyon, 413 à Chambéry), il est possible de donner un **aperçu descriptif** des femmes de 50 à 74 ans qui viennent consulter dans ces deux CES :

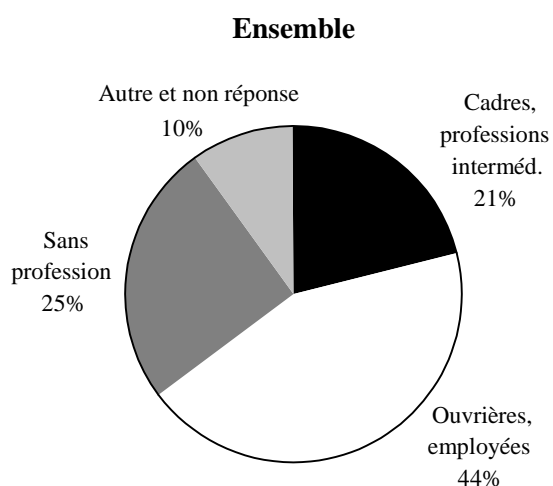
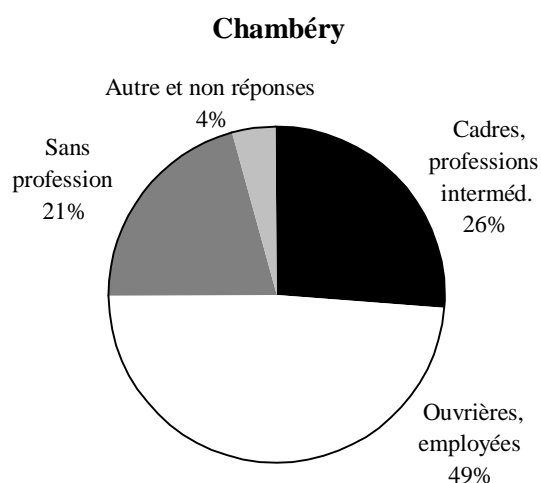
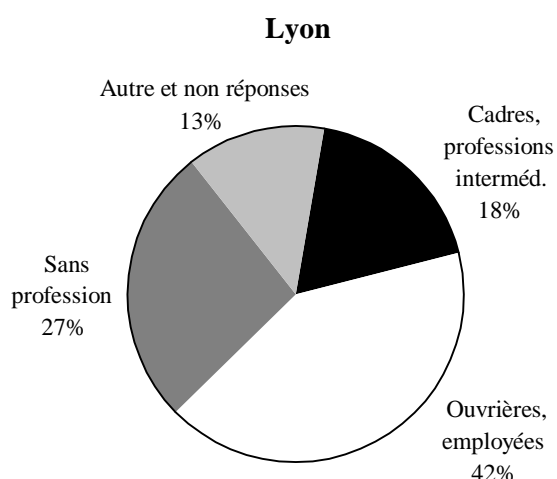
Si on compare la répartition par **âge** des consultantes par rapport à celle de toutes les femmes des deux départements concernés (qui ne diffèrent pas entre eux), on constate que la classe d'âge des 65-74 ans est sous représentée : 17% des consultantes, alors qu'elles représentent 36% des femmes de 50 à 74 ans dans la population. Les autres classes sont, de ce fait, plus représentées que dans la population des deux départements, mais leur importance relative est à peu près concordante : il y a 27% de 50-54 ans, 19% de 55-59 ans, et 18% de 60-64 ans. A Lyon comme à Chambéry, les femmes consultent donc peu dans les CES à partir de 65 ans (Graphique 2).



Les **professions** les plus représentées¹ à Chambéry sont les employées (43%) et les techniciennes et cadres moyens (17%), les cadres supérieures et ouvrières étant en plus petit nombre (respectivement 9% et 6%). Le mode de recrutement principal par le régime général de l'Assurance maladie explique la très faible importance des agricultrices, commerçantes, artisans et chefs d'entreprise. Enfin, 21% des femmes déclarent n'avoir jamais exercé de profession. La distribution des professions est voisine à Lyon, mais dans 12% des cas la profession n'est pas renseignée (Graphique 3).

¹ Il s'agit de la profession exercée le plus longtemps par la femme durant sa vie active, même si elle est aujourd'hui retraitée ou sans activité.

Graphique 3 - Profession actuelle ou passée des consultantes



Il est difficile de savoir dans quelle mesure le profil socioprofessionnel des consultantes des CES diffère ou non de la population du département. D'une part, les données détaillées du dernier recensement de 1999 ne sont pas encore publiées, la seule comparaison possible est celle du recensement de 1990. D'autre part, la question qui a été posée est celle de la profession qui a été le plus longtemps pratiquée (pour éviter d'avoir de trop nombreuses

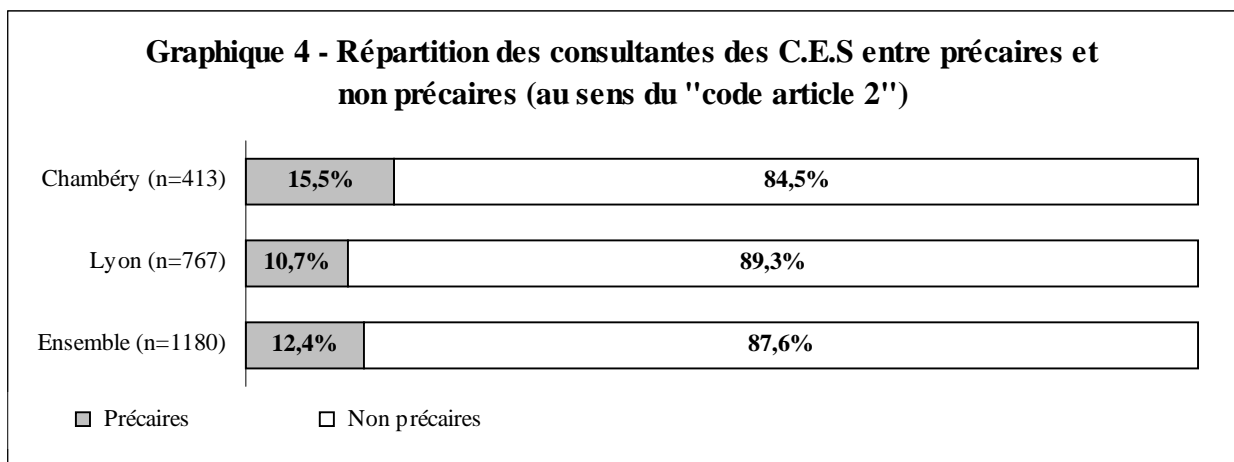
inactives en raison de la retraite) alors que pour le recensement de l'Insee il s'agit de la profession pratiquée au moment de l'enquête. Les réponses à l'enquête ont donc été comparées aux catégories socioprofessionnelles des femmes de 40-59 ans au recensement de 1990, ceci afin de tenir compte du décalage de 10 ans entre les deux enquêtes.

Dans les deux CES, les consultantes diffèrent très significativement des femmes du département ($p < 0,000001$) :

- Pour le département du Rhône, les consultantes sont plus souvent ouvrières ou employées (47% contre 41% dans le Rhône) et moins souvent agricultrices, commerçantes, artisans ou chef d'entreprise (1% contre 7% dans le Rhône).
- Pour le département de la Savoie, la même différence est constatée pour ces deux mêmes catégories (respectivement 49% contre 38%, et 3% contre 10%). Les deux autres catégories présentent également des différences : les cadres supérieures et professions intermédiaires sont sur-représentées (27% contre 19% en Savoie) alors que les femmes sans profession sont sous-représentées (21% contre 33% en Savoie).

Ces comparaisons doivent être interprétées avec beaucoup de prudence compte-tenu de l'écart temporel entre ces deux populations.

La **situation de précarité** est évaluée par la situation **administrative** du "**code article 2**" : chômeuse, RMIste, Contrat emploi solidarité, ou conjoint d'une personne ayant ce statut. Elle concerne 11% des consultantes à Lyon et 16% à Chambéry ($p=0,02$) (Graphique 4). Les différences sont un plus grand nombre de chômeuses à Chambéry (13% contre 6% à Lyon), alors qu'il y a plus de RMIstes à Lyon (5% contre 2% à Chambéry).



Le score EPICES de précarité, déjà présenté au début de ce rapport, permet d'évaluer la précarité sur un plus grand nombre de critères que le seul critère administratif par rapport à l'emploi du "code article 2".

Ce score est basé sur les réponses (oui = 1, non = 0) à 11 questions, chaque réponse étant pondérée d'un coefficient (Cf. Annexe 1). Normalement, il ne peut être calculé que si les 11 questions sont répondues. Pour éviter d'éliminer un trop grand nombre de questionnaires, les non-réponses ont été affectées de la valeur 0,5, car vu la formulation des questions, il est logique de penser que la non-réponse est intermédiaire entre le oui et le non. Seuls les enregistrements ayant 1 ou au maximum 2 non réponses ont été traités ainsi. Si bien que seuls 8 enregistrements ont été éliminés de l'analyse de ce score. L'échantillon analysé comporte donc 344 femmes sur les 352 répondantes.

La distribution du score de précarité dans l'échantillon se situe entre 0 et 93 pour une valeur maximale de 100, mais sa distribution est très asymétrique, puisque le 1^{er} interquartile est de 7, le second est de 14, et le troisième est de 28.

Le critère de précarité administratif du code article 2 est significativement lié à ce score de précarité ordonné en 4 classes selon ses quartiles ($p=0,003$). Cette liaison se vérifie dans les deux CES. Toutefois, malgré cette liaison très significative, les précaires selon le code article 2 se répartissent dans les 4 quartiles du score, même si le quartile le plus élevé en regroupe plus.

Il n'était pas possible de conserver le score avec ses 4 quartiles pour l'analyse, car les effectifs auraient été trop faibles dans chaque classe. **Ont donc été considérées comme "précaires" les femmes du quartile dont le score est le plus élevé, soit entre 28 et 93 / 100.** (Cf. Tableau 2).

La concordance est faible entre le quartile supérieur du score et le critère administratif du code article 2 :

- 69% des femmes ne changent pas de classement (elles restent précaires ou non précaires selon les deux critères), 17% non précaires administrativement le deviennent avec le score, et, ce qui est plus inattendu, 14% précaires administrativement ne le sont plus avec le score.
- Le coefficient Kappa, qui mesure la concordance entre deux critères d'évaluation, est de 0,16.

TABLEAU 2 : RELATION ENTRE LA PRECARITE EVALUEE PAR LE "CODE ARTICLE 2" ET LE "SCORE EPICES"

Ensemble

	Article 2 OUI	Article 2 NON	total
Score OUI	31	60	91
Score NON	47	206	253
total	78	266	344

Lyon

	Article 2 OUI	Article 2 NON	total
Score OUI	14	39	53
Score NON	16	117	133
total	30	156	186

Chambéry

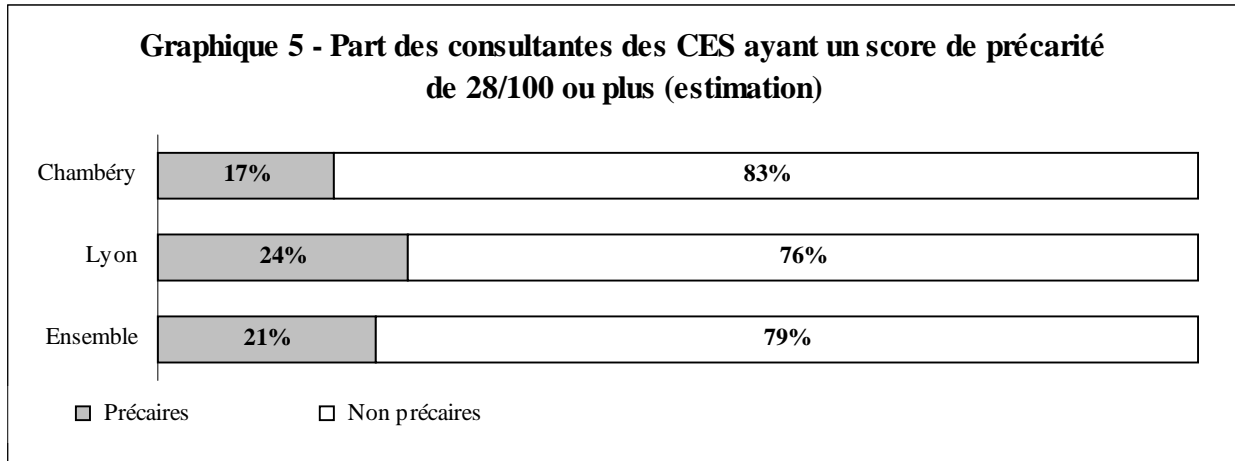
	Article 2 OUI	Article 2 NON	total
Score OUI	17	21	38
Score NON	31	89	120
total	48	110	158

Légende : Article 2 = oui : chômage, RMI, Contrat emploi solidarité, ou conjoint dans ces dispositifs
Score = oui si > 28/100

A partir de ce tableau, on peut reconstituer pour la population des consultantes l'importance des précaires selon le score. Pour ce faire, les pourcentages de répartition entre score "oui" et score "non" observés dans l'échantillon des répondantes ont été appliqués à la population des

consultantes. Cette extrapolation fait l'hypothèse que les non répondantes et non interrogées auraient répondu comme les répondantes aux questions permettant de calculer le score.

Selon cette extrapolation, 24% des femmes de 50-74 ans consultantes du CES de Lyon et 17% des consultantes du CES de Chambéry ont un score de précarité supérieur à 28, soit en moyenne 21% (Graphique 5).



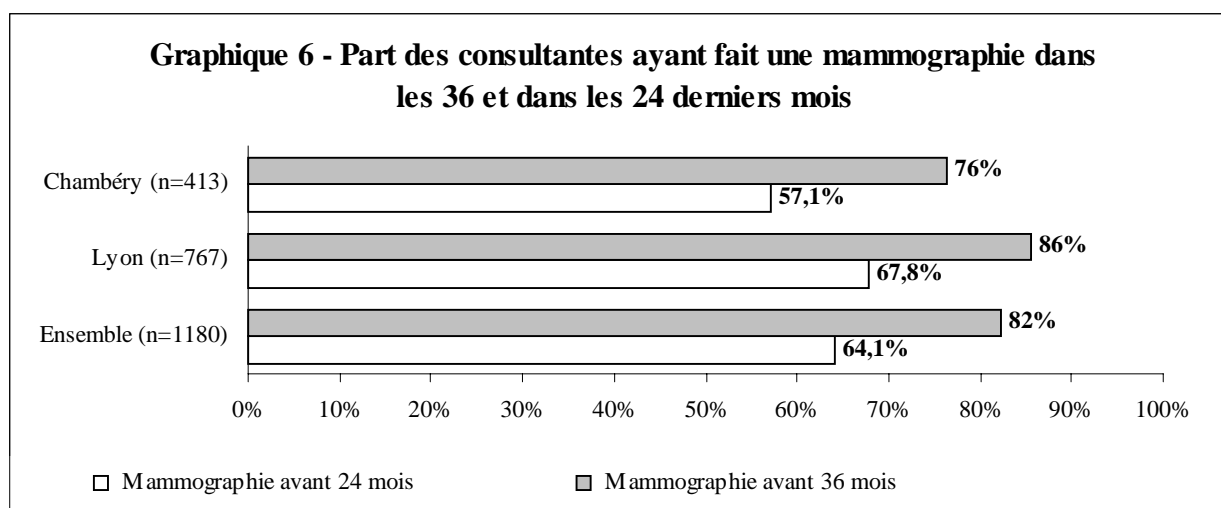
Participation au dépistage par la mammographie

96% des femmes consultant dans les CES ont déjà fait une **mammographie**, à Lyon comme à Chambéry.

Une grande majorité des femmes déclarent avoir fait leur dernière mammographie depuis le 1^{er} janvier 1997 (critère de suivi utilisé pour la passation du questionnaire) : 92% à Lyon, et 83% à Chambéry.

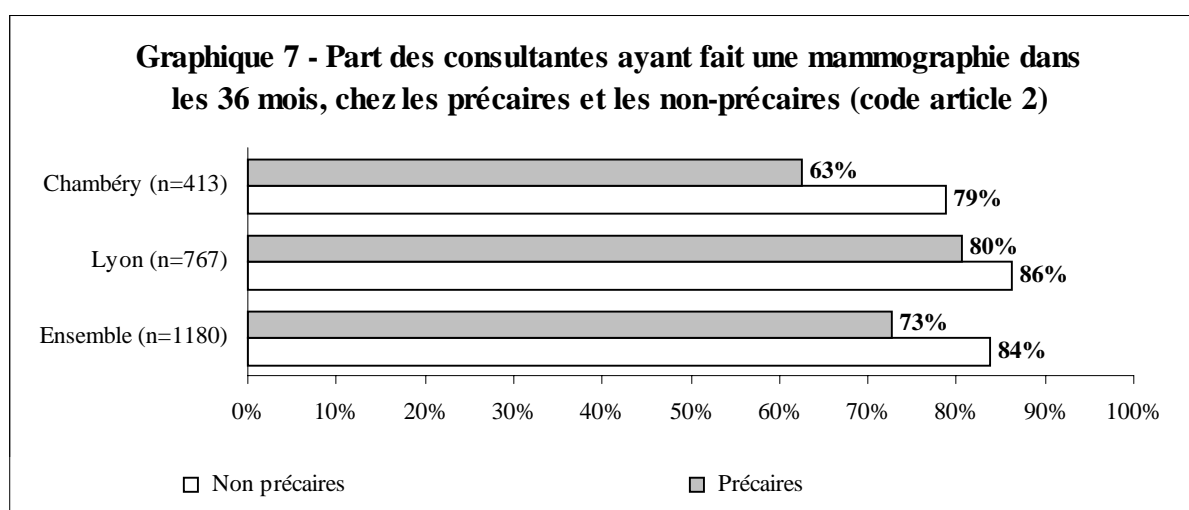
La majorité des femmes déclare avoir fait leur dernière **mammographie dans les 36 derniers mois**, ce qui correspondait aux recommandations nationales jusqu'en 2000. Elles sont 86% à Lyon (département où il y a un programme de dépistage organisé), contre 76% à Chambéry (département sans dépistage organisé) à être bien suivies, soit une différence de couverture de 10% ($p=0,00005$) (Graphique 6).

Si on considère seulement les **mammographies dans les 24 mois** (norme actuelle de suivi), elle sont encore 68% à Lyon et 57% à Chambéry à déclarer une mammographie dans ce délai, et la différence de couverture se maintient (11%, $p=0,0003$) (Graphique 6).



Le recours à la mammographie est moindre chez les personnes en **situation précaire selon le critère administratif du code article 2** ($p=0,004$) (Graphique 7) :

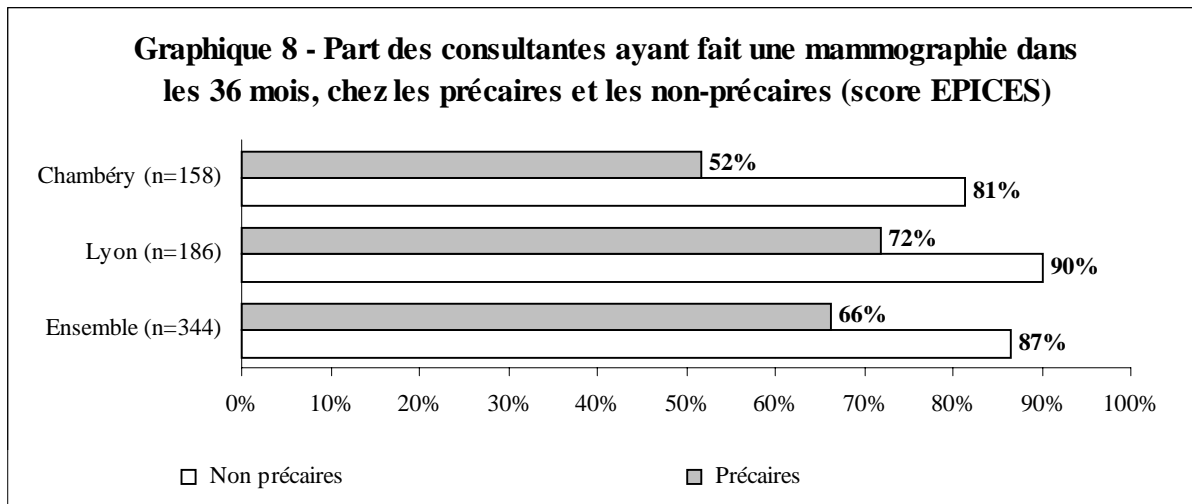
- A Chambéry, le pourcentage de femmes suivies passe de 79% chez les non précaires à 63% chez les précaires ($p=0,005$).
- A Lyon, l'écart est plus faible et non significatif : 86% des femmes non précaires déclarent une mammographie dans les 36 derniers mois, contre 80% chez les femmes précaires.



Le recours à la mammographie est également moindre chez les personnes en **situation précaire selon le critère du score de précarité** de 28/100 et plus (Graphique 8) :

- A Chambéry, le pourcentage de femmes suivies est estimé à 81% chez les femmes non précaires contre 52% chez les femmes précaires.
- A Lyon, le pourcentage de femmes suivies est estimé à 90% chez les femmes non précaires contre 72% chez les femmes précaires.

Ces estimations ont été calculées comme précédemment en extrapolant à l'ensemble des consultant(e)s des CES les répartitions des pourcentages de score "oui" et score "non" observés chez les répondantes suivies et non suivies par la mammographie.



DISCUSSION SUR LES CONSULTANTES DES CES

La population interrogée est celles qui fréquentent les CES. Elle n'est pas représentative de la population des deux départements concernés. Comme toujours lorsqu'on interroge les personnes fréquentant un service de santé, il y a un biais de sélection.

Les femmes de 50-74 ans qui consultent dans les CES de Lyon et Chambéry sont **plus jeunes** que celles de la population des deux départements concernés. Les femmes de plus de 65 ans notamment consultent peu. Ceci correspond à un recrutement traditionnel des CES des personnes en période d'activité : jusqu'en 1992, seules les femmes de moins de 60 ans pouvaient consulter les CES.

La **catégorie socioprofessionnelle** la plus représentée est celle des employées, qui représentent environ un tiers des consultantes, et un quart des femmes sont sans profession.

La comparaison avec les catégories professionnelles du Rhône et de la Savoie n'est pas possible. D'une part parce que les seules données disponibles actuellement sont celles du recensement de 1990. D'autre part parce que, pour éviter le groupe hétérogène des retraitées, il a été demandé aux femmes la principale activité professionnelle de leur carrière et non leur activité professionnelle actuelle.

Il ressort cependant que les agricultrices, artisans, commerçants et professions indépendantes sont peu représentées chez les consultantes des CES, car elles relèvent d'autres régimes d'assurance maladie que le régime général à laquelle sont affiliées la quasi-totalité des consultantes des CES.

La **situation de précarité** ne concerne que 11% des consultantes de 50-74 ans à Lyon et 16% à Chambéry selon le critère administratif du « **Code Article 2** » (chômage, RMI, ou contrat emploi solidarité, ou conjoint de personne incluses dans ces catégories). Cette proportion est à la fois faible et importante :

- Elle est faible car elle ne correspond qu'à une minorité des consultantes, une sur 10. Cette faible proportion reflète le fait que de toutes les personnes relevant de ces dispositifs qui reçoivent une convocation systématique au CES, seule une minorité vient réellement consulter. Il est de plus à noter que ces catégories s'arrêtent à l'âge de la retraite, moment où ces personnes sont incluses dans un régime de retraite et ne sont plus comptabilisées

comme « précaires ». C'est pourquoi l'utilisation d'un autre indicateur de précarité est intéressant.

- Elle est importante car la consultation dans un CES est un moment privilégié pour établir le contact avec des personnes qui sont connues comme fréquentant moins les services de santé. Les CES ayant une mission particulière vis-à-vis de ce public, il est logique de lui accorder une attention spécifique.

Le score Epices de précarité a l'avantage d'être multidimensionnel et continu, prenant en compte à la fois des questions économiques de ressources mais aussi des questions relationnelles. La précarité selon ce score (le quartile supérieur mesuré dans l'échantillon des répondantes) montre une liaison significative avec le code article 2 mais une concordance faible, puisque seules deux femmes sur trois se retrouvent classées à l'identique selon les deux critères. Une partie des femmes administrativement « non précaires » le sont devenues avec le score. Dans l'autre sens, et ceci était moins attendu, une partie des femmes administrativement précaires (code article 2) ne le sont plus selon le critère du quartile supérieur du score de précarité.

Le coefficient Kappa, qui mesure la concordance entre deux critères d'évaluation, est de 0,16, soit une concordance presque nulle : le coefficient Kappa varie de -1 (désaccord total) à +1 (accord total), la valeur 0 signifiant l'absence de concordance. La concordance est jugée moyenne à partir de 0,40, et bonne à partir de 0,60. Cette faible concordance indique que les deux critères ne mesurent pas la même chose.

En extrapolant à l'ensemble des consultantes des CES les pourcentages observés dans l'échantillon des répondantes, on peut estimer la fréquence des femmes dont le score de précarité est supérieur à 28 sur 100 à environ 24% des consultantes du CES de Lyon et 17% du CES de Chambéry. Ce pourcentage est assez stable à Chambéry, mais double à Lyon, peut-être parce que l'isolement social et familial, qui entre en compte dans le score, est plus important dans une grande ville que dans une ville moyenne.

Biais de déclaration de la date de la mammographie. Pour les consultantes du CES de Lyon, nous disposons aussi de la date de l'éventuelle dernière mammographie enregistrée à l'Adémas-69. L'écart entre la date de mammographie déclarée par la femme et celle enregistrée à l'Adémas-69 permet d'approcher les biais de déclaration de la mammographie :

- Si la date de l'Adémas-69 est plus récente que celle déclarée par la femme, il s'agit sans doute d'un biais de mémorisation.
- Si par contre la date déclarée par la femme est plus récente que celle de l'Adémas-69, il s'agit soit d'un biais de mémorisation, soit d'un autre biais de déclaration (donner une date plus "correcte" à l'enquêtrice), soit d'un dépistage hors programme organisé (donc non enregistré à l'Adémas-69).

Les deux dates de dernière mammographie sont renseignées pour 167 femmes du Rhône ayant déclaré une mammographie dans les derniers 36 mois :

- Pour 90 d'entre elles, les dates correspondent exactement, ou à plus ou moins 4 mois.
- Du côté de la mammographie Adémas-69 plus récente, 22 autres femmes ont eu une mammographie enregistrée à l'Adémas-69 de 5 à 18 mois après ce qu'elles ont déclaré. Pour ce groupe, le biais de mémorisation est l'explication unique.
- Du côté de la mammographie Adémas-69 plus ancienne, 22 autres femmes ont eu une mammographie enregistrée à l'Adémas-69 de 5 à 18 mois avant ce qu'elles ont déclaré.

- Enfin, 33 autres femmes ont eu une mammographie enregistrée à l'Adémas-69 plus de 18 mois avant celle qu'elles ont déclarée. Ces différences importantes sont sans doute imputables à un dépistage hors programme et non à un biais de déclaration.

Si on exclut de l'analyse des biais ce dernier groupe de 33, on constate que :

- 67% des femmes du Rhône se souviennent de la date exacte de leur dernière mammographie, à plus ou moins 4 mois.
- 33% se trompent de 5 à 18 mois sur la date déclarée, l'écart d'un an étant une modalité assez fréquente.
- Ce biais de déclaration est symétrique autour de la date enregistrée par l'Adémas-69, ce qui est en faveur d'un biais de mémorisation et élimine l'hypothèse de déclarations complaisantes pour faire plaisir à l'enquêtrice.
- Ce biais de mémorisation est assez important, mais normal pour un événement assez banal et qui remonte à parfois 3 ans.
- L'écart entre les deux dates de mammographie est d'ailleurs d'autant plus important que la mammographie est plus ancienne (coefficient de corrélation $r=-0,53$, $p=0,000001$).

L'importance du dépistage hors programme organisé à Lyon et l'absence de programme (donc de date de référence) à Chambéry, font que tout redressement des données déclarées était impossible. Cependant, l'impact de ce biais sur la classification des femmes en "suivies" et "non suivies" est faible puisque seule une femme classée "suivie" (mammographie déclarée dans les 36 derniers mois) est en réalité "non suivie" suivant la date de l'Adémas-69. Si on avait pris comme critère de suivi la mammographie dans les 24 mois, ce sont 8 femmes qui auraient été à tort classées comme suivies.

La quasi-totalité des consultantes ont déjà fait une **mammographie** dans le passé. Elles sont près de 9 sur 10 à avoir fait une mammographie dans les 36 derniers mois à Lyon, contre trois sur quatre à Chambéry. Ce taux de mammographies est élevé, comparé avec le taux départemental du Rhône qui est de 48% pour l'Adémas-69. Toutefois, ce taux ne mesure que l'activité du programme organisé, auquel s'ajoute le dépistage spontané (hors programme).

Les taux de couverture peuvent aussi être comparés à ceux du Baromètre santé du Comité français d'éducation pour la santé (CFES), reflétant l'ensemble de la population vivant en France. La dernière enquête publiée remonte à 1995-96 (passation en 1995), et l'enquête 2000 (passation en 1999) est en cours de publication :

- Le baromètre santé de 1995-96 notait que 60% des femmes de 50-69 ans (tranche d'âge ciblée à l'époque) ont eu une mammographie dans les trois dernières années, soit 76% pour les départements ayant un dépistage organisé ancien, et 59% pour les départements sans programme de dépistage. L'inclusion des femmes de 70-75 ans aurait fait baisser le taux de couverture, puisqu'il n'était que de 33% dans cette tranche d'âge.
- Les premières données du baromètre santé 2000 indiquent que 88% des femmes de 50-75 ans ont eu au moins une mammographie durant leur vie, et que 63% en ont eu une dans les trois dernières années.

Ceci montre clairement que les consultantes des CES sont une population sélectionnée qui est plus utilisatrice de mammographie. Ce biais est classique : la population utilisatrice d'un service de santé est de façon générale plus utilisatrice des autres services de santé que la population générale.

La différence de 10% entre le taux de couverture en mammographies récentes des consultantes du CES de Lyon et de celles de Chambéry ne peut être interprété comme le seul effet du programme organisé dans le Rhône. Néanmoins, il y contribue sans doute.

L'effet de la précarité sur le taux de couverture en mammographie est net :

- Pour la précarité du « code article 2 », le différentiel est de 6% pour le CES de Lyon (non significatif) contre 16% pour le CES de Chambéry. Ceci peut également être interprété comme un argument en faveur du programme du Rhône, qui tendrait à gommer les inégalités d'accès au soin par son caractère gratuit et par l'invitation personnelle adressée à toutes les femmes.
- Pour le score de précarité supérieur à 28/100, le différentiel est plus important : il est estimé à 18% pour le CES de Lyon, et 29% pour le CES de Chambéry. Il persiste donc toujours une différence de couverture de l'ordre de 10% entre les consultantes des CES des deux départements.

Ceci montre l'intérêt pour les CES d'utiliser de façon systématique le score Epices de précarité pour mieux identifier de façon générale les personnes en situation de précarité et de façon particulière les femmes de 50 à 74 ans qui ont moins recours au dépistage du cancer du sein.

RESULTATS 3 : COMPARAISON ENTRE FEMMES SUIVIES ET NON SUIVIES

3.1 : LES REpondantes DE L'ENQUETE ET LA METHODE D'ANALYSE

Les 352 femmes ayant répondu à l'ensemble du questionnaire d'enquête ont été catégorisées sur les deux critères suivants :

- "**suivie**", c'est-à-dire ayant eu une mammographie récente, ou "**non suivie**" si elle n'a jamais eu de mammographie, ou si la mammographie est ancienne. Au moment de l'inclusion dans l'enquête, ont été considérées comme suivies les femmes déclarant leur dernière mammographie depuis le 1^{er} janvier 1997 (Tableau 1). Ce critère de participation au dépistage a été **recodé pour l'analyse** pour tenir compte du délai exact de la dernière mammographie déclarée. Sont considérées comme "suivies" dans l'analyse les femmes ayant déclaré une **mammographie depuis moins de 36 mois** (Tableau 3).
- "**précaire**" si le **Code Article 2** est dans les séries 30, 40, ou 50, correspondant au chômage, au RMI, ou au Contrat emploi solidarité, "**non précaire**" dans le cas contraire. Ce critère a été utilisé tel quel pour une première analyse. Puis la précarité a été réévaluée selon le **Score Epices**, et une seconde analyse a été faite en considérant comme précaires les femmes dont le score dépasse 28/100, ce qui correspond au quartile le plus élevé de la distribution du score, dont les valeurs observées dans l'échantillon vont de 0 à 93.

Ces deux critères définissent quatre groupes de femmes pour l'analyse :

1. Les suivies non précaires ou « **SNP** » (mammographie = OUI, précaires = NON) : ce groupe est majoritaire dans l'échantillon comme chez les consultantes, mais son importance relative a été minoré par l'échantillonnage sélectif. Il constitue le groupe de référence.
2. Les suivies précaires (mammographie = OUI, précaires = OUI)
3. Les non suivies non précaires (mammographie = NON, précaires = NON)
4. Les non suivies précaires (mammographie = NON, précaires = OUI)

Le Tableau 3 et le Graphique 9 récapitulent la distribution des répondantes selon la précarité "Code Article 2".

Note importante.

L'échantillon des répondantes n'est pas proportionnel à l'ensemble des femmes consultant dans les CES. En effet, l'échantillonnage sélectif fait que les femmes suivies non précaires (SNP) ont été minorées dans l'échantillon. L'effectif de ce groupe ne peut donc être agrégé aux autres dans les comparaisons, sauf à le redresser par un coefficient d'environ 3 pour compenser sa sous-représentation.

TABLEAU 3 - LES REpondantes SELON LA PRECARITE "CODE ARTICLE 2"**Echantillon global**

	Mammo OUI depuis 36 mois	Mammo NON depuis 36 mois	total
Précaires Article 2 OUI	52	27	79
NON précaires Article 2	182	91	273
total	234	91	352

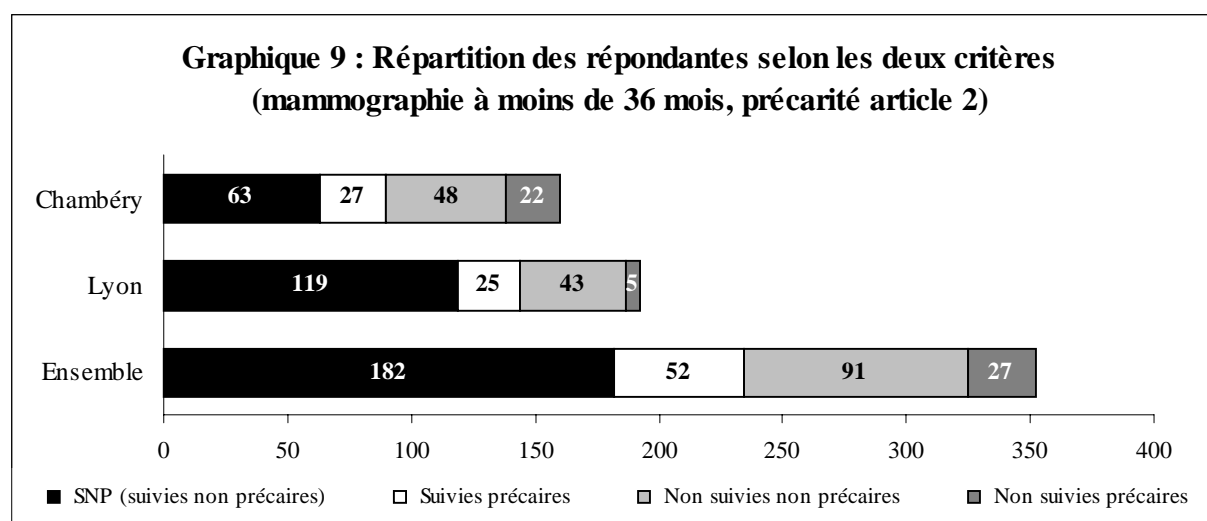
Lyon

	Mammo OUI depuis 36 mois	Mammo NON depuis 36 mois	total
Précaires Article 2 OUI	25	5	30
NON précaires Article 2	119	43	162
total	144	48	192

Chambéry

	Mammo OUI depuis 36 mois	Mammo NON depuis 36 mois	total
Précaires Article 2 OUI	27	22	49
NON précaires Article 2	63	48	111
total	90	70	160

Légende : Mammo OUI = mammographie depuis moins de 36 mois
Précaire OUI = chômage, RMI, CES ("code article 2")



Le Tableau 4 et le Graphique 10 récapitulent la distribution des répondantes selon la précarité du score Epices. Rappelons que le score n'a pu être calculé pour 8 femmes, si bien que le nombre total de femmes est de 344.

TABLEAU 4 - LES REpondantes SELON LE SCORE "EPICES" DE PRECARITE

Echantillon global

	Mammo OUI depuis 36 mois	Mammo NON depuis 36 mois	total
Précaires Score OUI	44	47	91
NON précaires Score	184	69	253
total	228	116	344

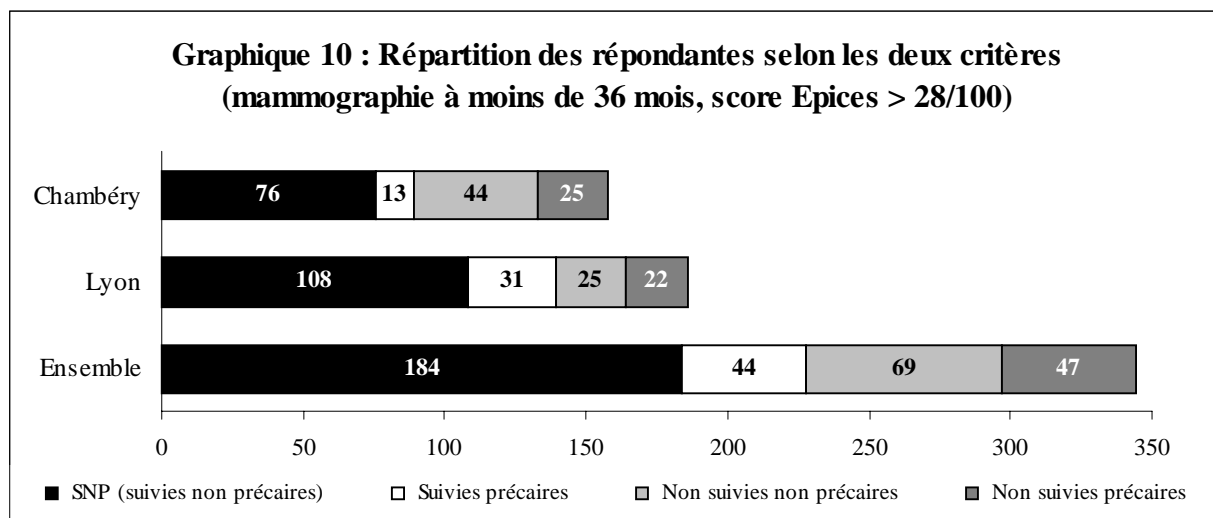
Lyon

	Mammo OUI depuis 36 mois	Mammo NON depuis 36 mois	total
Précaires Score OUI	31	22	53
NON précaires Score	108	25	133
total	139	47	186

Chambéry

	Mammo OUI depuis 36 mois	Mammo NON depuis 36 mois	total
Précaires Score OUI	13	25	38
NON précaires Score	76	44	120
total	89	69	158

Légende : Mammo OUI = mammographie depuis moins de 36 mois
Précaire OUI = score de précarité > 28/100



Le Tableau 5 récapitule les quatre groupes utilisés pour l'analyse dans ce chapitre et les suivants.

TABLEAU 5 : LES QUATRE GROUPES D'ANALYSE

<p>SUIVIES NON PRECAIRES = SNP <u>Groupe de référence</u> : * Mammographie OUI dans les 36 derniers mois * Précarité NON (selon le Code Article 2 ou le Score Epices)</p>	<p>NON SUIVIES NON PRECAIRES * Mammographie NON dans les 36 derniers mois * Précarité NON (selon Code Article 2 ou le Score Epices)</p>
<p>SUIVIES PRECAIRES * Mammographie OUI dans les 36 derniers mois * Précarité OUI (selon le Code Article 2 ou le Score Epices)</p>	<p>NON SUIVIES PRECAIRES * Mammographie NON dans les 36 derniers mois * Précarité OUI (selon le Code Article 2 ou le Score Epices)</p>

Méthode d'analyse.

Dans ce chapitre et le suivant, les réponses aux différentes questions sont comparées entre les 4 groupes constitués comme indiqué ci-dessus.

Dans une **première phase de l'analyse**, le critère de précarité du **code Article 2** a été utilisé :

1. Le groupe majoritaire des femmes suivies non précaires (ou "**SNP**"), qui est le groupe de référence, a été comparé avec les non suivies non précaires, puis les suivies précaires. Ces comparaisons ont été basées sur des tests de χ^2 , avec éventuellement regroupement de classes en cas de petits effectifs, et suppression des non-réponses si elles sont en tout petit nombre, afin d'assurer la validité du test.
2. Les différences observées ont été systématiquement vérifiées au sein de chaque strate d'enquête (Lyon et Chambéry) afin de s'assurer de la concordance, et le test de χ^2 stratifié a été utilisé dans le cas des tableaux 2*2, ce qui a nécessité souvent des regroupements. Pour les questions spécifiques à chaque département, les résultats sont bien sûr donnés pour chaque ville séparément.
3. Enfin, le groupe moins nombreux des non suivies précaires a été comparé aux trois autres. Comme ce groupe ne comporte que 5 Lyonnaises pour 22 Savoyardes, la comparaison a été faite uniquement à l'intérieur de la strate de Chambéry, pour éviter d'introduire un biais dans la comparaison. Vu les petits effectifs, la puissance des tests de comparaison est faible.

Dans une **deuxième phase d'analyse**, les suivies et les non suivies ont été analysées selon leur **score Epices de précarité**.

L'analyse s'est déroulées selon les trois mêmes temps. Toutefois, le groupe des non suivies précaires est plus nombreux, et ses effectifs sont plus équilibrés entre Lyon et Chambéry, si bien que la comparaison a pu être faite avec ces deux strates, comme pour les autres groupes. Ce groupe reste cependant faible en nombre, et donc la puissance des comparaisons reste limitée.

Présentation des résultats.

Pour faciliter la lecture, les résultats sont présentés comme suit :

1. D'abord une présentation du profil du groupe de référence des femmes "SNP" (suivies non précaires).
2. Puis une présentation des caractéristiques des non suivies non précaires, en se limitant aux variables pour lesquelles elles diffèrent des SNP. Ce profil est présenté d'abord suivant le critère du Code Article 2, puis suivant le critère du Score Epices.
3. Puis les caractéristiques des suivies précaires, suivant le même schéma.
4. Puis les caractéristiques des non suivies précaires, qui elles sont comparées aux trois groupes précédents.
5. Le Chapitre se termine par un paragraphe de discussion qui permet de synthétiser les résultats pour les quatre groupes et de les discuter.

3.2 : CARACTERISTIQUES DES FEMMES SUIVIES NON PRECAIRES (SNP)

Les résultats donnés ci-dessous sont ceux du groupe des femmes suivies non précaires selon le Code Article 2. Les résultats selon le Score Epices sont très voisins voire identiques pour de nombreuses variables, aussi ne sont-ils pas repris.

→ Variables générales socio-démographiques :

Age. Les suivies non précaires sont de moins en moins nombreuses quand leur âge augmente, puisque 37% ont 50-54 ans alors que les 65-74 ans sont 13%. Deux femmes sur trois ont donc moins de 60 ans.

Profession. Une femme sur deux est employée ou ouvrière, près d'une sur trois est cadre moyen ou supérieur, et une sur dix n'a pas exercé de profession.

Diplôme. Les femmes se répartissent à peu près également entre les quatre catégories : un quart sans diplôme ou le Certificat d'études, un quart avec un CAP, un quart avec le Brevet, un quart avec le Bac ou plus.

Commune de résidence :

- A Lyon, elles résident presque toutes dans l'unité urbaine de Lyon (92%), les autres dans les autres villes du département.
- A Chambéry, deux tiers des femmes vivent en milieu urbain, contre un tiers en milieu rural.

Vie en couple. Trois femmes sur quatre sont en couple.

Couverture Médicale Universelle. 4% des femmes en bénéficient.

→ **Variables concernant la santé et les habitudes de vie :**

Etat de santé perçue, problème de santé chronique. 87% des SNP considèrent que leur état de santé est "très satisfaisant" ou "plutôt satisfaisant" par rapport aux personnes de leur âge. Néanmoins, cela ne signifie pas que tout va bien, puisque 56% déclarent un problème de santé chronique ou plusieurs.

A Lyon, la santé perçue est moins bonne qu'à Chambéry : 83% d'état de santé plutôt ou très satisfaisant à Lyon contre 94% à Chambéry. Cet écart à la limite de la signification ($p=0,06$) se retrouve dans les autres groupes (10% en moyenne) et devient significatif au total ($p=0,01$).

Difficultés de déplacement. Trois femmes sur quatre n'ont aucune difficulté à monter un étage à pied, une sur cinq a "un peu" de difficultés, et 5% en ont "beaucoup".

Elles déclarent plus de difficultés de déplacement à Lyon qu'à Chambéry ($p=0,003$) : 70% des femmes de Lyon n'ont aucune difficulté de déplacement, contre 83% à Chambéry. Cet écart se retrouve dans les autres groupes.

Les habitudes de vie ont été analysées par 5 critères : fumer, aimer boire de l'alcool, aimer faire de bons repas, se préoccuper de son apparence physique, faire régulièrement de l'exercice :

- 9% **fument**.
- 51% déclarent **aimer boire** du vin, de la bière ou de l'alcool ("tout à fait" ou "à peu près").
- 84% déclarent aimer **faire de bons repas** ("tout à fait" ou "à peu près").
- 88% déclarent que c'est "important" ou "très important" pour elles de se préoccuper de son **apparence physique**.
- 83% déclarent que c'est "important" ou "très important" pour elles de faire régulièrement de **l'exercice physique**.

La pratique réelle du **sport** ou de l'exercice physique se situe à un niveau un peu inférieur par rapport à la question précédente : 72% en ont fait au cours des 12 derniers mois.

La crainte des maladies a été analysée pour 5 pathologies : les accidents de la circulation, les maladies du cœur, le cancer, la dépression nerveuse, et la maladie d'Alzheimer.

- La **crainte du cancer** arrive au premier rang avec 64% de crainte importante ("pas mal" et "beaucoup").
- Les **accidents de la circulation** et la **maladie d'Alzheimer** sont craintes de façon importante ("pas mal" et "beaucoup") respectivement par 54% et 60% des femmes.
- Les **maladies du cœur** et la **dépression nerveuse** sont celles qui les inquiètent le moins : elles ne sont que respectivement 35% et 34% à les craindre de façon importante ("pas mal" et "beaucoup").

Les **antécédents médicaux personnels** ont été analysés par deux questions : antécédents de maladie du sein (cancer ou autre), antécédents de cancer. D'autre part, **l'expérience du cancer** peut concerner la famille (antécédents familiaux) ou d'autres personnes proches :

- 13% des Lyonnaises déclarent avoir eu une **maladie du sein**, contre 25% des Savoyardes ($p=0,04$). 5% ont fait l'expérience personnelle du **cancer du sein**.
- 22% déclarent avoir des **antécédents familiaux de cancer du sein**, et 57% ont eu des cas de cancer **autre que du sein** dans leur famille.
- 50% des Lyonnaises ont connaissance de cas de **cancer du sein chez les proches** (qui peuvent être de la famille ou des amies ou connaissances), contre 71% des Savoyardes ($p=0,006$).

→ **Variables concernant l'utilisation des services de santé :**

La confiance dans les médecins est forte : 87% déclarent avoir "à peu près" ou "tout à fait" confiance dans les médecins.

La fréquentation des services de santé a été analysée pour le médecin généraliste, le gynécologue, et le dentiste :

- A Lyon, 51% ont consulté leur **médecin généraliste** depuis moins de 6 mois, 30% depuis 6 à 12 mois, et 19% depuis plus d'un an ou n'ont pas de médecin généraliste, contre à Chambéry respectivement 76%, 13% et 11% ($p=0,004$). Le suivi par le médecin généraliste est donc plus fréquent à Chambéry.
- 65% ont consulté leur **gynécologue** depuis moins de 12 mois, 25% depuis plus de 12 mois, et 10% n'ont pas de gynécologue.
- 87% ont consulté leur **dentiste** dans les deux dernières années.

Le recours à la prévention a été analysé par le suivi du dépistage du cancer du col utérin par le frottis et par le test Hemoccult de dépistage du cancer colorectal.

- 93% ont déjà fait un **frottis du col utérin**, et pour 76% ce frottis date de moins de 36 mois.
- A Lyon, 42% ont déjà fait un **test Hemoccult**, contre 52% à Chambéry. La différence n'est pas significative, mais comme elle se retrouve dans tous les groupes, elle le devient au total ($p=0,01$) avec une différence moyenne de 13% d'utilisatrices. Le test Hemoccult est donc plus souvent utilisé à Chambéry qu'à Lyon. Ceci tient au fait qu'il est utilisé depuis plus longtemps au CES de Chambéry qu'à celui de Lyon. Mais seules 6% des femmes ont fait ce test Hemoccult dans les 36 derniers mois, dans les deux villes.

3.3 : CARACTERISTIQUES DES FEMMES NON SUIVIES NON PRECAIRES

Elles sont comparées au femmes suivies non précaires ou "SNP", qui est le groupe de référence. La comparaison est faite selon le Code article 2 puis selon le score Epices. Seules les variables où il y a des différences sont indiquées.

→ Non précarité selon le Code Article 2 :

Variabes socio-démographiques :

- Les femmes non suivies non précaires (selon le Code Article 2) sont **plus âgées** que les SNP ($p=0,0004$) : 60% ont plus de 60 ans contre 35% des SNP. Leur âge moyen est de 61 ans, contre 58 ans pour les SNP ($p=0,00004$).
- Elles ont fait **moins d'études** que les SNP ($p=0,0004$) : elles sont plus nombreuses à être sans diplôme ou avec le Certificat d'études (53% contre 28% des SNP), moins nombreuses à avoir un CAP (11% contre 21% des SNP) et moins nombreuses à avoir le Bac et au delà (15% contre 28% des SNP). Cette différence est plus marquée à Lyon qu'à Chambéry.
- A Chambéry, elles résideraient plus souvent **en milieu rural** ($p=0,06$, proche de la limite de signification) : elles sont 48% contre 30% des SNP. Pas de différence à Lyon où presque toutes les femmes résident dans l'unité urbaine de Lyon.
- Elles sont **moins souvent en couple** que les SNP ($p=0,004$) : 54% sont en couple, contre 73% des SNP. Cette différence est plus marquée à Lyon qu'à Chambéry.

Variabes concernant la santé et les habitudes de vie :

Elles déclarent plus souvent que les SNP avoir une **mobilité limitée** ($p=0,03$). Elles sont 14% à dire qu'il leur est très difficile ou impossible de monter un étage à pied, contre 5% des SNP, et 63% à dire qu'elles peuvent le faire sans problème, contre 75% des SNP.

Pour **les habitudes de vie**, seule la proportion de fumeuses ne diffère pas des SNP :

- Elles déclarent moins souvent que les SNP accorder de l'importance à leur **apparence physique** ($p=0,01$). Elle sont 77% à dire que c'est important ou très important pour elles, contre 88% des SNP. Cette différence est plus marquée à Lyon qu'à Chambéry.
- Elles déclarent moins souvent que les SNP aimer **faire de bons repas**, mais la différence n'est pas tout à fait significative ($p=0,07$) : 73% contre 84% des SNP. Cette différence est plus marquée à Lyon qu'à Chambéry.
- Elles déclarent moins souvent **aimer boire** de l'alcool que les SNP à Lyon ($p=0,05$) : 38% contre 56% des SNP. Il n'y a pas de différence à Chambéry.
- Elles déclarent moins souvent qu'il est important ou très important pour elles de faire régulièrement de **l'exercice physique** ($p=0,04$) : 75% contre 83% des SNP. Cette différence est plus marquée à Lyon qu'à Chambéry. Pour la pratique réelle du **sport** ou de l'exercice physique, à Lyon, elles font moins de sport ou d'exercice que les SNP ($p=0,01$) : 48% déclarent en avoir fait durant les 12 derniers mois contre 69% des SNP. A Chambéry, elles ne diffèrent pas des SNP.

La **Crainte du cancer** est plus faible ($p=0,004$) : elles sont 44% à craindre le cancer de façon importante, contre 64% des SNP. Cette différence est plus marquée à Chambéry qu'à Lyon.

Elles déclarent moins souvent avoir eu une **maladie du sein** ($p=0,04$) : 8% en ont eu, contre 17% des SNP. Cette différence est plus marquée à Chambéry qu'à Lyon.

Elles déclarent moins souvent avoir des **antécédents familiaux de cancer autre** que du sein ($p=0,02$) : 40% contre 57% des SNP. Cette différence est plus marquée à Lyon qu'à Chambéry.

Variables concernant l'utilisation des services de santé :

- A Lyon, elles auraient tendance à consulter plus souvent leur **médecin généraliste** que les SNP ($p=0,07$, à la limite de la signification) : 76% l'ont vu depuis moins de 6 mois contre 60% des SNP. Il n'y a pas de différence à Chambéry.
- Elles ont très significativement moins souvent consulté leur **gynécologue** que les SNP ($p<0,0000001$) : 13% l'ont vu depuis moins d'un an, contre 65% des SNP, et 26% n'ont pas de gynécologue, contre 10% des SNP.
- Elles ont également moins consulté leur **dentiste** ($p=0,02$) : 76% l'ont consulté dans les deux dernières années contre 87% des SNP. La différence est plus marquée à Lyon qu'à Chambéry.
- Elles ont moins souvent fait de **frottis du col utérin** que les SNP ($p=0,04$) : 15% n'en n'ont jamais fait, contre 7% des SNP. Cette différence est plus marquée à Lyon qu'à Chambéry. Quand on s'intéresse aux **frottis récents** (datant de moins de 36 mois), la différence s'accroît ($p<0,0000001$) : 23% sont bien suivies par frottis, contre 76% des SNP.
- A Lyon, elles ont moins souvent fait de **test Hemocult** ($p=0,04$) : 24% en ont fait, contre 42% des SNP. Il n'y a pas de différence à Chambéry. Quand on s'intéresse à **I'Hemocult récent** (datant de moins de 36 mois), elles sont moins suivies dans les deux villes ($p=0,05$) : 1% sont bien suivies par le test Hemocult, contre 6% des SNP.

→ Non précarité selon le Score Epices :

Le changement du critère de précarité du Code Article 2 au Score Epices supérieur à 28/100 rapproche les femmes non suivies non précaires (selon le Score Epices) des SNP, puisque pour 8 variables il n'y a plus de différence entre ces deux groupes : vie en couple, difficultés de déplacement, importance de l'exercice physique, pratique du sport ou de l'exercice physique, antécédents familiaux de cancer autre que du sein, fréquentation du dentiste, réalisation de frottis du col et de test Hemocult.

Les différences qui persistent sont les suivantes :

Variables socio-démographiques :

- Les femmes non suivies non précaires sont **plus âgées** que les SNP ($p=0,0003$) : 54% ont plus de 60 ans contre 26% des SNP. Leur moyenne d'âge est de 60 ans, contre 57 ans pour les SNP ($p=0,0005$).
- Elles diffèrent des SNP par leur **profession** à Lyon seulement ($p=0,04$) : elles sont moins souvent cadres moyens ou supérieur : 12% contre 34% des SNP.

- Elles ont fait **moins d'études** que les SNP ($p=0,04$) : elles sont plus nombreuses à être sans diplôme ou avec le Certificat d'études (39% contre 23% des SNP), et moins nombreuses à avoir le Bac et au delà (20% contre 31% des SNP).
- A Chambéry, elles résident plus souvent en milieu rural ($p=0,03$) : elles sont 59% contre 37% des SNP.

Pour **les habitudes de vie** :

- Elles déclarent moins souvent que les SNP accorder de l'importance à leur **apparence physique** ($p=0,02$). Elle sont 68% à dire que c'est "important" ou "très important" pour elles, contre 87% des SNP.
- A Lyon, elles déclarent moins souvent que les SNP aimer **faire de bons repas** ($p=0,04$) : 68% contre 86% des SNP.
- A Lyon, elles déclarent moins souvent **aimer boire** que les SNP ($p=0,03$) : 36% contre 60% des SNP.

La **Crainte du cancer** est plus faible que chez SNP ($p=0,004$) : elles sont 39% à craindre le cancer de façon importante, contre 64% des SNP (Graphique 17). Cette différence est plus marquée à Chambéry qu'à Lyon. Les 3 autres groupes ne diffèrent pas entre eux.

Elles déclarent moins souvent avoir eu une **maladie du sein** ($p=0,03$) : elles sont 9% à en avoir eu, contre 21% des SNP. Cette différence est plus marquée à Chambéry qu'à Lyon.

Variables concernant l'utilisation des services de santé :

- Elles auraient tendance à consulter plus souvent leur **médecin généraliste** que les SNP ($p=0,06$, à la limite de la signification) : 77% l'ont vu depuis moins de 6 mois contre 60% des SNP. Cette différence est plus marquée à Lyon qu'à Chambéry.
- Elles ont très significativement moins souvent consulté leur **gynécologue** que les SNP ($p<10^{-6}$) : 15% ont vu un gynécologue depuis moins d'un an, contre 70% des SNP, et 69% en ont vu un depuis plus d'un an, contre 22% des SNP.
- Quand on s'intéresse aux **frottis récents** (datant de moins de 36 mois), elles sont très significativement moins bien suivies : 25% contre 80% des SNP ($p<10^{-6}$).
- Quand on s'intéresse à **l'Hemocult récent** (datant de moins de 36 mois), elles sont moins suivies ($p=0,04$) : aucune n'est bien suivie, contre 8% des SNP.

3.4 : CARACTERISTIQUES DES FEMMES SUIVIES PRECAIRES

Elles sont comparées aux femmes suivies non précaires ou "SNP", qui est le groupe de référence. La comparaison est faite selon le Code article 2 puis selon le score Epices. Seules les variables où il y a des différences sont indiquées.

→ Précarité selon le Code Article 2 :

Les femmes suivies précaires diffèrent significativement des SNP pour seulement 6 variables, deux autres étant à la limite de signification :

Variables socio-démographiques :

- Les femmes suivies précaires selon le code article 2 sont **plus jeunes** que les SNP ($p=0,01$) : 87% ont moins de 60 ans, contre 65% des SNP, et aucune n'a plus de 65 ans, contre 13% des SNP. Leur âge moyen est de 55 ans, contre 58 ans pour les SNP ($p=0,003$). Ceci s'explique par le fait que le statut précaire est administratif, et concerne donc les femmes d'âge actif (les moins de 60 ans) plus que les autres.
- A Chambéry, elles résident plus souvent en **milieu rural** ($p=0,02$) : 56% contre 30% des SNP. A Lyon, les femmes résident presque toutes dans l'unité urbaine de Lyon.
- Elles sont moins souvent **en couple** que les SNP ($p=0,03$) : 56% contre 73% des SNP. Cette différence est plus marquée à Chambéry qu'à Lyon.
- Fort logiquement, elles bénéficient plus souvent de la **CMU** que les SNP ($p=0,000004$) : 28% en bénéficient contre 4% des SNP.

Variables concernant la santé et les habitudes de vie :

- Elles sont 17% à **fumer**, contre 9% des SNP, mais cette différence n'est pas tout à fait significative ($p=0,08$).
- A Lyon, elles craignent fortement les **maladies du cœur** ($p=0,003$) : 64% contre 32% des SNP les craignent de façon importante.
- **Antécédents familiaux de cancer du sein**. A Chambéry, elles déclarent plus souvent des antécédents familiaux de cancer du sein ($p=0,05$) : 41% contre 21% des SNP.

Variables concernant l'utilisation des services de santé :

Elles auraient tendance à consulter plus souvent leur **médecin généraliste** que les SNP ($p=0,06$, à la limite de la signification) : 71% l'ont vu depuis moins de 6 mois contre 60% des SNP.

→ Précarité selon le Score Epices :

L'utilisation du Score de précarité éloigne les femmes suivies précaires du profil des SNP par rapport au critère du Code Article 2. Les seules différences stables selon les deux critères de précarité sont les trois variables suivantes : vie en couple, affiliation à la CMU, consultation du généraliste. Avec le score de précarité, les suivies précaires ne diffèrent plus des SNP pour trois variables (commune de résidence, fumer, antécédents familiaux de cancer du sein), mais elles s'en écartent désormais pour 11 autres :

Variables socio-démographiques :

- **Age** : les femmes suivies précaires (score >28/100) sont plus nombreuses que les SNP à avoir 60 ans et plus ($p=0,02$) : 43% ont plus de 60 ans contre 26% des SNP. Mais l'âge moyen de ces deux groupes ne diffère pas significativement (58 ans contre 57 ans, $p=0,07$, proche de la limite).
- Elles diffèrent des SNP pour la **profession** ($p=0,04$) : 14% sont cadres moyens ou supérieur contre 34% des SNP. Cette différence est plus marquée à Lyon qu'à Chambéry.
- Elles diffèrent des SNP pour le **diplôme** ($p=0,002$) : 50% sont sans diplôme ou avec le Certificat d'études contre 23% des SNP, et 11% ont le Bac ou au delà contre 31% des SNP.
- Elles sont très significativement moins souvent **en couple** que les SNP ($p<10^{-6}$) : 32% contre 79% des SNP. Cette différence est logique car le fait de ne pas être en couple est un des critères sur lequel le score de précarité est construit.
- Fort logiquement aussi, elles sont très significativement plus souvent affiliées à la **CMU** que les SNP ($p=0,0005$) : 22% contre 4% des SNP.

Variables concernant la santé et les habitudes de vie :

- Elles sont très significativement moins nombreuses à être satisfaites de leur **état de santé** que les SNP ($p=0,000003$) : 64% contre 94% des SNP. La différence est plus importante à Lyon qu'à Chambéry.
- Elles sont plus nombreuses à avoir des **difficultés de déplacement** que les SNP ($p=0,01$) : 44% ont des difficultés à monter un étage à pied, contre 22% des SNP. La différence est plus importante à Lyon qu'à Chambéry.
- Elles déclarent moins souvent **aimer boire** que les SNP ($p=0,003$) : 30% contre 57% des SNP.
- Elles déclarent moins souvent **faire du sport** ou de l'exercice physique que les SNP ($p=10^{-6}$) : 42% contre 79% des SNP.
- Elles connaissent moins de cas de **cancer du sein chez les proches** que les SNP ($p=0,03$) : 41% contre 62% des SNP. Cette différence est plus marquée à Lyon qu'à Chambéry, et cette différence entre villes se retrouve dans les autres groupes

Variables concernant l'utilisation des services de santé :

- Elles ont plus souvent consulté leur **médecin généraliste** que les SNP ($p=0,04$) : 75% l'ont vu depuis moins de 6 mois contre 60% des SNP. Cette différence est plus marquée à Lyon qu'à Chambéry.
- Elles ont moins souvent consulté leur **gynécologue** ($p=0,003$) : 43% l'ont vu depuis moins d'un an, contre 70% des SNP, et 43% l'ont vu un depuis plus d'un an, contre 22% des SNP. Cette différence est plus marquée à Lyon qu'à Chambéry.
- Elles sont moins suivies par **frottis récent** (dans les 36 mois) : 59% sont bien suivies par frottis, contre 80% des SNP ($p=0,003$).
- A Lyon, elles ont moins souvent fait de **test Hemoccult** que les SNP ($p=0,03$) : 23% en ont fait contre 44% des SNP de Lyon. Mais elles ne diffèrent pas pour le test dans les 36 mois.

3.5 : CARACTERISTIQUES DES FEMMES NON SUIVIES PRECAIRES

Elles sont comparées aux trois groupes précédents. La comparaison est faite selon le Code article 2 puis selon le score Epices. Seules les variables où il y a des différences sont indiquées.

→ Précarité selon le Code Article 2 :

Rappelons que la comparaison n'est faite que pour les femmes non suivies précaires de Chambéry, le groupe des Lyonnaises étant trop peu nombreux. La comparaison se fait donc avec les autres groupes de Chambéry. Le faible effectif fait que la puissance des comparaisons est faible : parfois, ce groupe peut ne pas différer de deux groupes qui diffèrent significativement entre eux.

Variables socio-démographiques :

- Les femmes non suivies précaires de Chambéry sont le groupe **le plus jeune**, puisque 91% ont moins de 60 ans, et leur âge moyen est de 53 ans. Elles diffèrent en cela des trois autres groupes, y compris de celui des suivies précaires dont l'âge moyen est de 55 ans ($p=0,03$). On retrouve le fait que le Code Article 2 n'est plus utilisé à l'âge de la retraite.
- Elles auraient fait **moins d'études** que les SNP (plus de CAP, 32% contre 18%, et moins de Brevet, 5% contre 30%) mais la différence n'est pas tout à fait significative ($p=0,09$). Elles ne diffèrent pas des autres groupes.
- Elles sont **plus rurales** que les SNP ($p=0,006$) : 64% contre 30% des SNP.
- Elles ne diffèrent d'aucun des trois autres groupes pour la vie **en couple**.
- Elles sont plus souvent affiliées à la **CMU** que les SNP ($p=0,01$) et que les non suivies non précaires ($p=0,01$) : 27% contre 4% dans les deux groupes.

Variables concernant la santé et les habitudes de vie :

- Elles déclarent moins souvent un bon **état de santé** que les SNP ($p=0,05$) : 77% contre 94% des SNP. Elles ne diffèrent pas des deux autres groupes.
- Elles ne diffèrent pas des trois groupes pour la fréquence des **problèmes de santé chroniques**.
- Pour les **difficultés de déplacement**, elles ne diffèrent pas des SNP et des suivies précaires, elles en ont donc moins que les non suivies non précaires de Chambéry ($p=0,03$) : 96% n'ont aucune difficulté contre 72%.
- Elles sont 24% à **fumer**, contre 5% des SNP ($p=0,02$).
- Elles ne diffèrent pas des autres groupes pour le souci de faire de **l'exercice physique**. Par contre, elles font moins de **sport** ou d'exercice que les femmes des trois autres groupes : 50% déclarent en avoir fait, contre 76% des SNP ($p=0,02$), les non suivies non précaires et les suivies précaires ne différant pas des SNP.
- Elles craignent plus la **dépression nerveuse** que les non suivies non précaires ($p=0,02$) et les suivies précaires ($p=0,03$) : 48% la craignent de façon importante, contre respectivement 19% et 20%. Mais elles ne diffèrent pas des SNP de Chambéry, qui à 35% craignent la dépression nerveuse.

- Elles ne diffèrent d'aucun des 3 autres groupes pour la **crainte du cancer** .
- Avec 18% d'antécédents de **maladie du sein** , elles s'éloignent des non suivies non précaires (4%, $p=0,07$, proche de la limite de signification) pour rejoindre la moyenne des SNP (25%) et des suivies précaires (26%).

Variables concernant l'utilisation des services de santé :

- Elles diffèrent significativement de tous les groupes en se situant à un niveau de fréquentation du **gynécologue** intermédiaire entre les SNP et les non suivies non précaires : 36% l'ont consulté depuis moins d'un an contre 70% des SNP ($p=0,003$) et 13% des non suivies non précaires ($p=0,04$).
- Pour la consultation du **dentiste** , elles se situent au même niveau de fréquentation que les non suivies non précaires, qui est plus faible que les SNP ($p=0,003$) : 64% ont consulté leur dentiste depuis 2 ans, contre 92% des SNP.
- Elles ne diffèrent pas des autres groupes pour la réalisation de **frottis du col utérin** . Par contre, pour les **frottis récents** (moins de 36 mois), elles ont une couverture en frottis intermédiaire entre les SNP ($p=0,003$) et les non suivies non précaires ($p=0,05$) : 43% contre respectivement 78% et 20%.
- Elles ont moins souvent fait de **test Hemocult** que les SNP ($p=0,03$) et les non suivies non précaires ($p=0,05$) : 22% contre respectivement 52% des SNP et 49% des non suivies non précaires. Pour les test Hemocult récents (moins de 36 mois), elles ne diffèrent pas des autres groupes.

→ Précarité selon le Score Epices :

Le nombre de femmes dans ce groupe est suffisant pour autoriser les comparaisons dans les deux strates de Lyon et Chambéry. Il reste toutefois faible, ce qui limite la puissance des tests de comparaison.

Variables générales socio-démographiques :

- **Age** . Les femmes non suivies précaires selon le score sont plus nombreuses que les SNP à avoir 60 ans et plus ($p=0,0005$) : 40% ont plus de 60 ans contre 26% des SNP. Mais l'âge moyen de ces deux groupes ne diffère pas significativement (58 ans contre 57 ans, $p=0,08$, proche de la limite). Leur âge moyen ne diffère pas des deux autres groupes (suivies précaires et non suivies non précaires).
- Elles diffèrent des SNP pour la **profession** ($p=0,004$) : elles sont moins souvent cadres moyens ou supérieur (11% contre 34% des SNP) et plus souvent employées ou ouvrières (64% contre 51% des SNP). Elles ne diffèrent pas des deux autres groupes.
- Elles sont le groupe **le moins diplômé** : 61% sont sans diplôme ou avec le Certificat d'études, et 13% ont le Bac ou au delà. Elles diffèrent donc des SNP ($p=0,000009$) et des non suivies non précaires ($p=0,04$), mais pas des suivies précaires.
- Elles sont très significativement moins souvent **en couple** que les SNP : 26% ($p<10^{-6}$) sont en couple, contre 79% des SNP. Elles diffèrent aussi des non suivies non précaires ($p=10^{-5}$), mais pas des suivies précaires. Cette différence est logique, dans la mesure où le

fait de ne pas être en couple est un des critères sur lequel le score de précarité est construit.

- Comme les suivies précaires, elles sont très significativement plus souvent affiliées à la **CMU** que les SNP : 30% ($p=0,000005$), contre 4% des SNP. Elles diffèrent également des non suivies non précaires.

Variables concernant la santé et les habitudes de vie :

- Elles sont moins nombreuses à être satisfaites de leur **état de santé** que les SNP : 72% ($p=0,0001$), contre 94% des SNP. Mais elles ne diffèrent pas des deux autres groupes.
- Elles sont plus nombreuses à avoir des **difficultés de déplacement** que les SNP : 45% ($p=0,001$) ont des difficultés à monter un étage à pied, contre 22% des SNP. La différence est plus importante à Lyon qu'à Chambéry. Elles diffèrent aussi des non suivies non précaires ($p=0,03$), mais pas des suivies précaires.

Les habitudes de vie :

- Elles déclarent moins souvent que les SNP accorder de l'importance à leur **apparence physique** ($p=0,03$) : 75% contre 88% des SNP. Elles ne diffèrent pas des deux autres groupes.
- Elles déclarent moins souvent que les SNP aimer boire ($p=0,05$) : 38% contre 57% des SNP. Elles ne diffèrent pas des deux autres groupes.
- Elles diffèrent des SNP ($p=0,00001$) et des deux autres groupes en déclarant moins souvent qu'il est important ou très important pour elles de faire régulièrement de **l'exercice physique** : 57% contre 86% des SNP. De même, elles déclarent moins souvent **faire du sport** ou de l'exercice physique que les SNP ($p=10^{-5}$) et les deux autres groupes : 34% contre 79% des SNP.

Crainte des maladies :

- Elles ne diffèrent pas des trois autres groupes pour la **crainte du cancer**.
- Elles craignent plus la **dépression nerveuse** que les SNP ($p=0,05$) et les non suivies non précaires ($p=0,006$) : 48% la craignent de façon importante, contre respectivement 31% et 21%. Cette différence est plus marquée à Chambéry qu'à Lyon. Mais elles ne diffèrent pas des suivies précaires.
- Elles craignent moins les **accidents de la circulation** que les SNP ($p=0,03$) et les non suivies non précaires ($p=0,04$) : 38% la craignent de façon importante, contre respectivement 56% et 57%. Mais elles ne diffèrent pas des suivies précaires.

Antécédents et cas de cancer chez les proches :

- Elles connaissent moins de cas de **cancer du sein chez les proches** que les SNP ($p=0,04$) : 47% contre 62% des SNP. Cette différence est plus marquée à Lyon qu'à Chambéry, et cette différence entre villes se retrouve dans les autres groupes. Elles diffèrent aussi des non suivies non précaires ($p=0,04$), mais pas des suivies précaires.
- Elles déclarent moins souvent avoir des **antécédents familiaux de cancer du sein** que les SNP ($p=0,01$) : 7% contre 25% des SNP. Elles diffèrent aussi des non suivies non précaires ($p=0,08$, à la limite de la signification) mais pas des suivies précaires.

- Elles déclarent moins souvent avoir des **antécédents familiaux de cancer autre** que du sein ($p=0,01$) : 36% contre 58% des SNP. Cette différence est plus marquée à Lyon qu'à Chambéry. Elles ne diffèrent pas des deux autres groupes.

Variables concernant l'utilisation des services de santé :

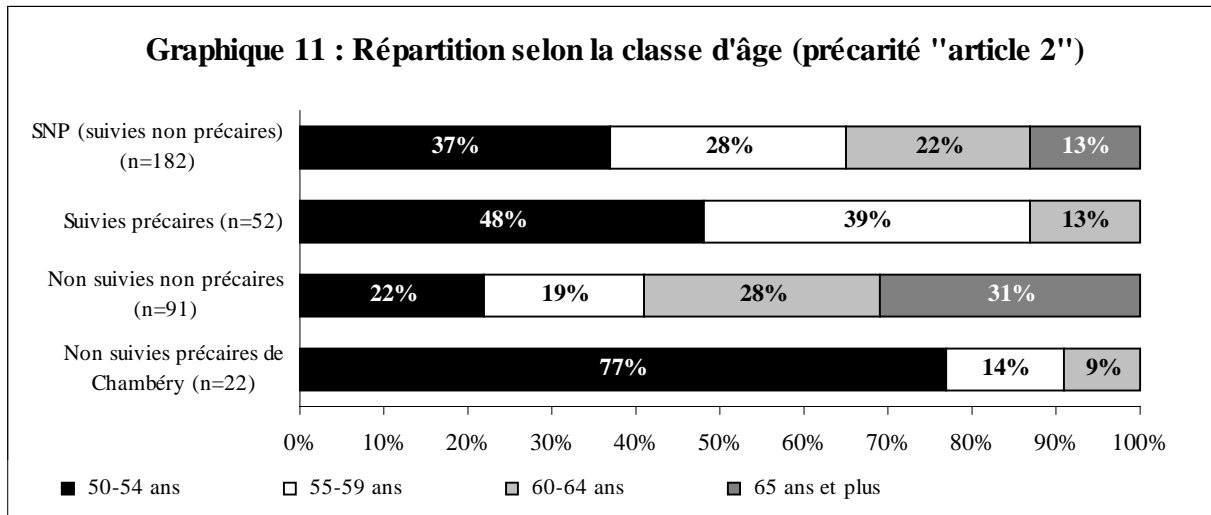
- Elles sont moins nombreuses à affirmer leur **confiance dans les médecins** ($p=0,05$) : 81% contre 91% des SNP. Cette différence est plus marquée à Lyon qu'à Chambéry. Il n'y a pas de différences avec les deux autres groupes.
- Elles ne diffèrent pas des trois autres groupes pour la fréquentation du **médecin généraliste**.
- Elles se situent au niveau de fréquentation du **gynécologue** des non suivies non précaires. Elles sont donc très significativement moins bien suivies que les SNP ($p<10^{-6}$) et les suivies précaires ($p=0,003$). 18% ont vu leur gynécologue depuis moins d'un an contre 70% des SNP, et 49% en ont vu un depuis plus d'un an, contre 22% des SNP.
- Elles ont très significativement moins souvent consulté leur **dentiste** que les SNP ($p<10^{-6}$) : 54% ont consulté leur dentiste depuis 2 ans, contre 89% des SNP. Elles diffèrent aussi des suivies précaires ($p=0,01$) et des non suivies non précaires ($p=0,0001$).
- Elles ont très significativement moins fait de **frottis** que les SNP ($p=0,0001$) : 76% en ont déjà fait, contre 95% des SNP. Elles en ont aussi moins fait que les suivies précaires ($p=0,02$) et les non suivies non précaires ($p=0,03$).
- En ce qui concerne les **frottis récents** (moins de 36 mois), elles rejoignent le niveau de couverture des non suivies non précaires. Elles diffèrent donc à la fois des SNP ($p<10^{-6}$) et des suivies précaires ($p=0,05$) : 28% sont bien suivies contre respectivement 80% et 59%.
- Elles ont moins souvent fait de **test Hemoccult** que les SNP ($p=0,03$) : 28% contre 47% des SNP. Cette différence est plus marquée à Lyon qu'à Chambéry, comme dans les autres groupes. Elles ne diffèrent pas des deux autres groupes. Pour le test Hemoccult récent (moins de 36 mois) elles ne diffèrent pas des trois autres groupes.

3.6 : DISCUSSION SUR LES CARACTERISTIQUES DES SUIVIES ET NON SUIVIES

→ Précarité selon le Code Article 2 :

Variables socio-démographiques :

La première analyse suivant la précarité du **code article 2** (Tableau 6, Graphique 11) montre une **différence d'âge** importante entre les précaires et non précaires, pour la simple raison que les codes liés à la précarité (chômage, RMI, Contrat emploi solidarité) disparaissent sous le code unique de retraité lorsque la personne change de régime. Il n'y a donc aucune précaire parmi les plus de 65 ans, et déjà moins dans la tranche d'âge 60-64 ans. Un facteur de confusion dû à l'âge risque donc d'être introduit avec le facteur précarité. En effet, dans le Baromètre santé 1995-96, il a été fait un lien entre la non participation au dépistage et l'âge supérieur à 65 ans. D'autres variables, comme les difficultés de déplacement, peuvent aussi être liées à l'âge.



TABEAU 6 : CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES (Précarité code article 2)

Critères	Suivies Précaires (par rapport aux SNP)	Non suivies Non précaires (par rapport aux SNP)	Non suivies Précaires Chambéry
Age	+ jeunes**	+ âgées**	+ jeunes* que tous groupes
Profession	=	=	=
Diplôme	=	- **	(- que SNP) = autres groupes
En couple	- * surtt Chambéry	- ** surtout Lyon	=
C.M.U.	+ **	=	+ ** que SNP et non suivies = suivies préc.

Légende : = : non significatif

* p=[0,02-0,05], significatif

() : p=[0,06-0,09], limite signification

** p ≤ 0,01, très significatif

Pour supprimer ce facteur de confusion, ***l'analyse a été refaite en éliminant le groupe des plus de 65 ans***. Les résultats sont identiques pour toutes les questions sauf trois :

- ***Niveau de diplôme*** : comme pour l'échantillon global, il y a moins de Bac et + chez les non suivies non précaires par rapport aux SNP (21% contre 30%) mais la différence est moins nette pour les sans diplômes et certificat d'études (54% contre 48%) et il n'y en a aucune pour les titulaires d'un CAP.
- ***Difficulté de déplacement*** : aucune différence par rapport à l'échantillon global, sauf pour Chambéry : les non suivies précaires de Chambéry ont moins de difficultés de déplacement que les non suivies non précaires, mais la différence est moins nette que sur l'échantillon global : 99% n'ont aucune difficulté contre 92% ($p < 0,05$).
- ***Consultation du gynécologue*** : les suivies précaires consultent moins fréquemment que les SNP : 60% l'ont consulté depuis moins d'un an contre 78% des SNP ($p < 0,01$), contrairement à l'échantillon global qui ne montrait aucune différence.

Ainsi, pour le niveau de diplôme et les difficultés à monter un étage, la suppression de la strate des plus de 65 ans rapproche les non suivies non précaires des SNP, mais la différence reste significative. Par contre, les suivies précaires se distinguent des SNP par une moindre fréquentation du gynécologue, alors qu'il n'y avait pas de différence dans l'échantillon global.

Les suivies précaires et les non suivies non précaires se rejoignent sur le fait qu'elles vivent moins souvent ***en couple*** et (pour Chambéry) plus ***en zone rurale*** que les SNP. Le ***niveau d'études*** est plus faible pour les non suivies non précaires (indépendamment de leur âge plus élevé), mais ceci n'influe pas sur la catégorie socioprofessionnelle.

Dans le Baromètre santé 1995-96, il a été fait un lien entre la non participation au dépistage et le niveau d'étude (supérieur au bac).

Variables concernant la santé et les habitudes de vie :

Le Tableau 7 récapitule les différences concernant les modes de vie et les antécédents médicaux personnels et dans l'entourage.

Il en ressort que les suivies précaires ne diffèrent pas des SNP, sauf pour ce qui concerne une tendance à fumer plus (pas tout à fait significative) et par le fait d'avoir plus souvent d'antécédents familiaux de cancer du sein (à Chambéry).

Par contre, les non suivies non précaires se différencient des SNP pour plusieurs variables : elles ont des difficultés de déplacement (Graphique 12) (et ce indépendamment de leur âge plus élevé), elles ont moins le souci de leur apparence, aiment moins faire des bons repas et boire de l'alcool, considèrent moins que c'est important de faire de l'exercice physique, et en font moins (à Lyon). Elles ont moins souvent eu d'antécédents personnels de maladie du sein, et si les antécédents familiaux de cancer du sein sont aussi fréquents, ceux d'autres cancers sont plus fréquents.

Ceci rejoint les conclusions du Baromètre santé de 1995-96, qui indiquait qu'un mode de vie « hédoniste » (souci de l'apparence, de faire de l'exercice, aimer les bons repas, l'alcool, fumer) était associé à la pratique de mammographies. Toutefois, pour les femmes de 50-69 ans, seuls le peu d'importance accordé à l'apparence et aimer fumer étaient significativement liés à une moindre pratique de la mammographie dans cette enquête.

Il est intéressant de noter que le groupe des non suivies précaires de Chambéry se distinguent des autres comme étant celui qui a la plus mauvaise perception de son état de santé. Cela

confirme à nouveau le biais de sélection des consultantes par rapport à la population générale. Le groupe des femmes non suivies se percevant en mauvaise santé et doutant que cet état puisse s'améliorer est apparemment absent des consultantes, sauf peut-être dans ce groupe des femmes précaires.

Il est cependant difficile d'expliquer pourquoi les suivies précaires auraient plus souvent d'antécédents familiaux de cancer du sein que les non précaires à Chambéry, ni pourquoi les non suivies auraient moins d'antécédents familiaux de cancer autre que du sein que les suivies.

**TABLEAU 7 : CARACTERISTIQUES DE SANTE
(Précarité code article 2)**

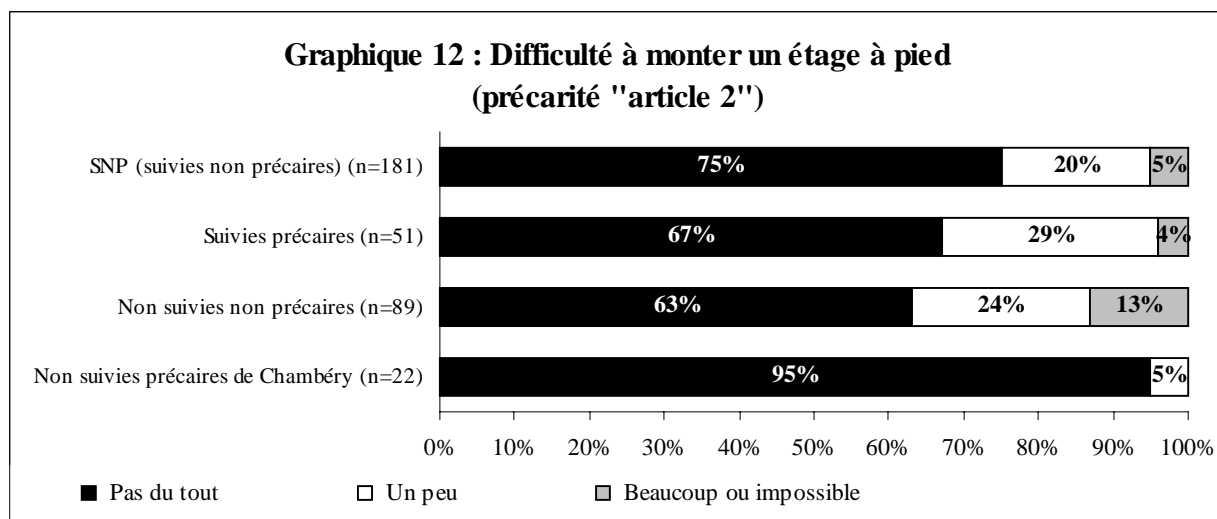
Critères	Suivies Précaires (par rapport aux SNP)	Non suivies Non précaires (par rapport aux SNP)	Non suivies Précaires Chambéry	Différences entre Lyon et Chambéry
Santé perçue	=	=	- * que SNP = autres groupes	- ** Lyon
Problème de santé chronique	=	=	=	=
Difficultés de déplacement	=	+ *	- * que non suivies non prec. = autres groupes	+ ** Lyon
Apparence importante	=	- ** surtout Lyon	=	=
Bons repas importants	=	(-)	=	=
Aime boire alcool	=	- * Lyon = Chambéry	=	=
Fume	(+)	=	+ * que SNP = autres groupes	=
Exercice important	=	- * surtout Lyon	=	=
Fait sport	=	- ** Lyon = Chambéry	- * que tous autres groupes	=
Maladie du sein	=	- * surtout Chambéry	(+que non suivies non prec.) = autres groupes	=
Cancer sein proche	=	=	=	- ** Lyon
Cancer sein famille	= Lyon + * Chambéry	=	=	=
Cancer autre famille	=	- * surtout Lyon	=	=

Légende : = : non significatif

* p=[0,02-0,05], significatif

() : p=[0,06-0,09], limite signification

** p ≤ 0,01, très significatif



Le Tableau 8 récapitule la crainte des cinq maladies explorées.

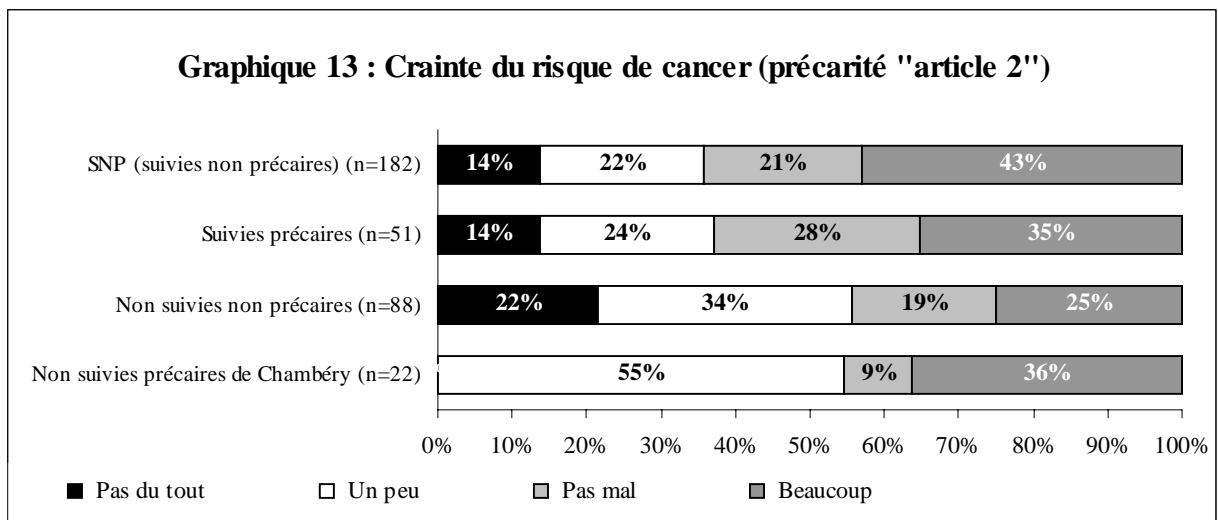
**TABEAU 8 : CRAINTE DES MALADIES
(Précarité code article 2)**

Critères Crainte de...	Suivies Précaires (par rapport aux SNP)	Non suivies Non précaires (par rapport aux SNP)	Non suivies Précaires Chambéry
Cancer	=	- ** surtt Chambéry	=
Maladies du cœur	+ ** Lyon = Chambéry	=	=
Dépression nerveuse	=	=	= SNP + * qu'autres groupes
Accidents de la circulation	=	=	=
Maladie d'Alzheimer	=	=	=

Légende : = : non significatif () : p=[0,06-0,09], limite signification
* p=[0,02-0,05], significatif ** p ≤ 0,01, très significatif

Il est à noter que les non suivies craignent moins souvent le cancer que les suivies (Graphique 13).

La crainte des suivies précaires plus importante sur les maladies du cœur peut être liée au stress qu'elles perçoivent.



Variables concernant l'utilisation des services de santé :

Le Tableau 9 récapitule les variables concernant l'utilisation des services de santé curatifs et préventifs.

**TABLEAU 9 : UTILISATION DES SERVICES DE SANTE
(Précarité code article 2)**

Critères	Suivies Précaires (par rapport aux SNP)	Non suivies Non précaires (par rapport aux SNP)	Non suivies Précaires Chambéry	Différences entre Lyon et Chambéry
Confiance en médecins	=	=	=	=
Consulte médecin généraliste	(+Lyon) = Chambéry	(+Lyon) = Chambéry	=	=
Consulte gynécologue	- ** si neutralisation de leur âge plus jeune que SNP	- **	- ** que SNP + * que non suivies non prec.	=
Consulte dentiste	=	- * surtout Lyon	- ** que SNP = autres groupes	=
Frottis du col	=	- * surtout Lyon	=	=
Frottis récent	=	- **	- ** que SNP + * que non suivies non prec.	=
Hémocult	=	- *	- * que SNP et non suivies non prec.	+ ** Chambéry
Hémocult récent	=	- *	=	=

Légende : = : non significatif

* p=[0,02-0,05], significatif

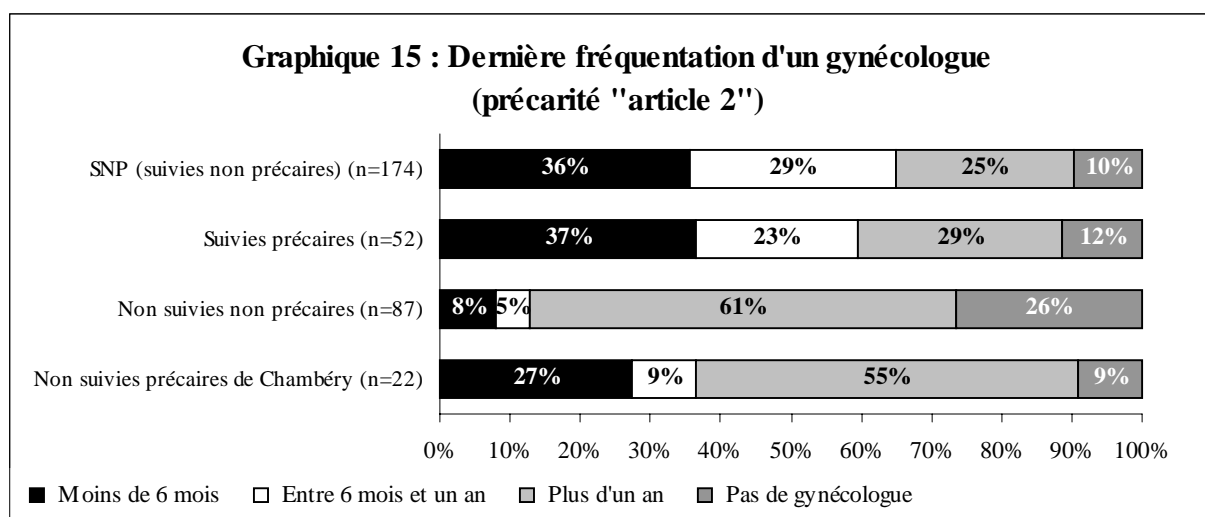
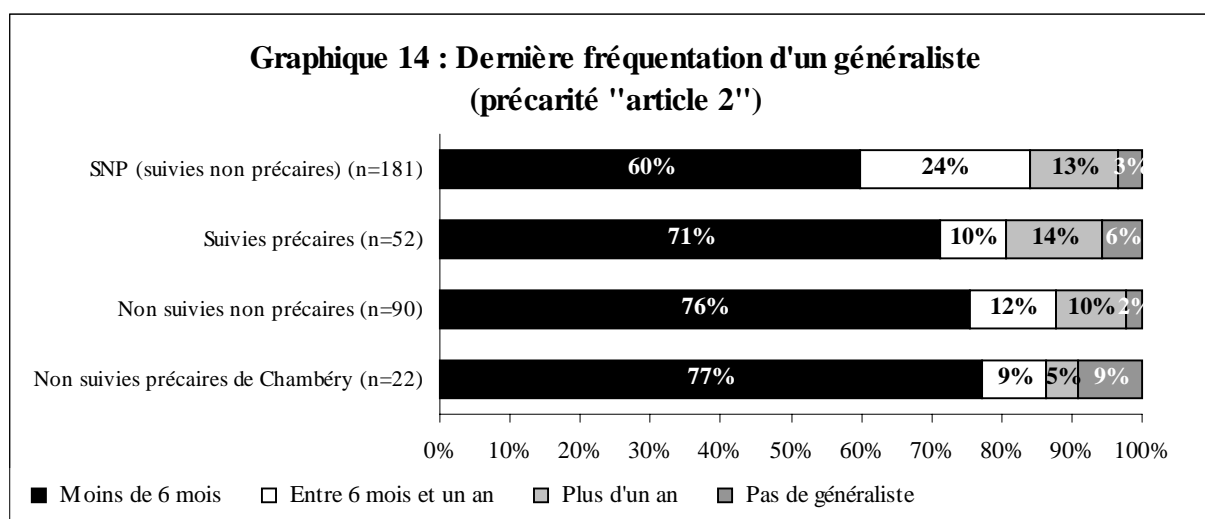
() : p=[0,06-0,09], limite signification

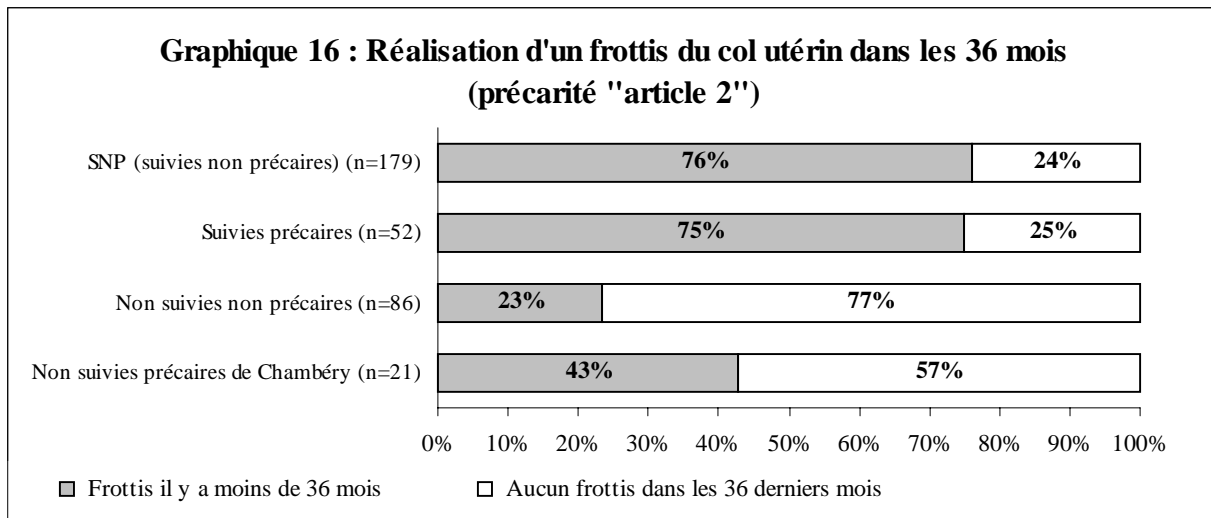
** p ≤ 0,01, très significatif

Ce tableau montre que, à nouveau, les différences se situent plus entre non suivies et suivies qu'entre précaires et non précaires.

- Les suivies précaires se différencieraient des SNP uniquement par leur fréquentation du généraliste qui serait plus élevée (limite de signification) (Graphique 14). Toutefois, elles vont significativement moins chez le gynécologue (Graphique 15) que les SNP, une fois neutralisé le fait que leur âge est plus jeune.
- Les non suivies aussi fréquenteraient plus leur généraliste (Graphique 14), mais elles vont moins souvent chez le gynécologue (Graphique 15), font moins souvent de frottis (Graphique 16) ou de test Hemoccult, et vont moins chez le dentiste. Les non suivies précaires se comportent comme les non suivies non précaires.

Ceci met en lumière le rôle du médecin généraliste, qui est le plus souvent consulté plusieurs fois chaque année, même par les femmes en situation précaire, et qui a donc plusieurs occasions de proposer la mammographie à ses patientes, en l'absence de dépistage organisé, ou de le relayer si un tel programme existe.





→ **Précarité selon le Score Epices :**

Variables socio-démographiques :

La seconde analyse est basée sur le **score de précarité**. Le Tableau 10 récapitule les caractéristiques socio-démographiques.

**TABLEAU 10 : CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES
(Précarité score Epices > 28/100)**

Critères	Suivies Précaires (par rapport aux SNP)	Non suivies Non précaires (par rapport aux SNP)	Non suivies Précaires
Age	+ âgées*	+ âgées**	+ âgées** que SNP + jeunes** que non suivies non prec.
Profession	- cadres* surtout Lyon	- cadres* Lyon = Chambéry	- cadres et + employées/ouvrières que SNP = autres groupes
Diplôme	- **	- *	- ** que SNP et non suivies non prec
En couple	- **	=	- ** que SNP et non suivies non prec.
C.M.U.	+ **	=	+ ** que SNP et non suivies = suivies précaires
Commune	= Lyon = Chambéry	= Lyon + rural* Chambéry	= Lyon = Chambéry

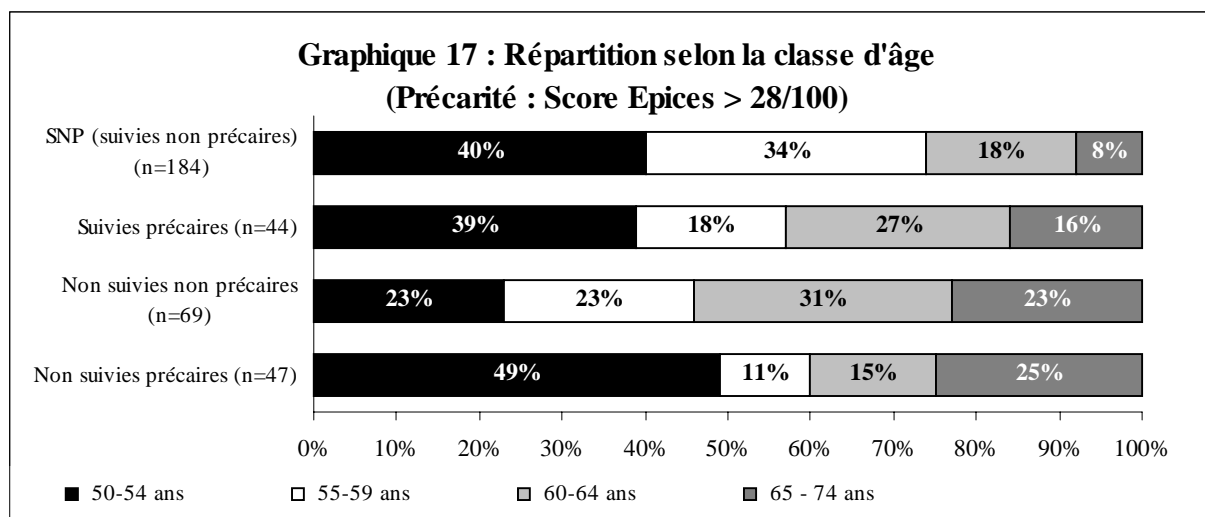
Légende : = : non significatif

* p=[0,02-0,05], significatif

() : p=[0,06-0,09], limite signification

** p ≤ 0,01, très significatif

Le score de précarité discrimine les groupes différemment et selon un plus grand nombre de variables que le code article 2 : tous les groupes sont **plus âgés** que le groupe de référence des SNP (Graphique 17), et les femmes sont dans tous les groupes **moins diplômées** et **moins souvent cadres ou de professions intermédiaires** que les SNP. Le fait d'être **moins souvent en couple** n'est plus lié à la non participation mais à la précarité, dont c'est d'ailleurs une des variables entrant dans le score. Par contre, pour le CES de Chambéry, la résidence **en milieu rural** reste lié à la non participation.



Variables concernant la santé et les habitudes de vie :

Le Tableau 11 récapitule les différences en ce qui concerne les caractéristiques sanitaires.

**TABEAU 11 : CARACTERISTIQUES DE SANTE
(Précarité score Epices > 28/100)**

Critères	Suivies Précaires (par rapport aux SNP)	Non suivies Non précaires (par rapport aux SNP)	Non suivies Précaires	Différences entre Lyon et Chambéry
Santé perçue	- ** surtout Lyon	=	- * que SNP = autres groupes	- ** Lyon
Problème de santé chronique	=	=	=	=
Difficultés de déplacement	+ ** surtout Lyon	+ *	+ ** que SNP + * que non suivies non prec. Surtout Lyon	+ ** Lyon
Apparence importante	=	- ** Lyon = Chambéry	- * que SNP = autres groupes	=
Bons repas importants	=	- * Lyon = Chambéry	=	=
Aime boire alcool	- **	- * Lyon = Chambéry	- * que SNP = autres groupes	=
Fume	=	=	=	=
Exercice important	=	=	- ** que tous autres groupes	+ ** Chambéry
Fait sport	- **	=	- ** que tous autres groupes	+ * Chambéry
Maladie du sein	=	- * surtt Chambéry	=	=
Cancer sein proche	- * surtout Lyon	=	- * que SNP et non suivies non prec. Surtout Lyon	- ** Lyon
Cancer sein famille	=	=	- ** que SNP = autres groupes	=
Cancer autre famille	=	=	- ** que SNP = autres groupes	=

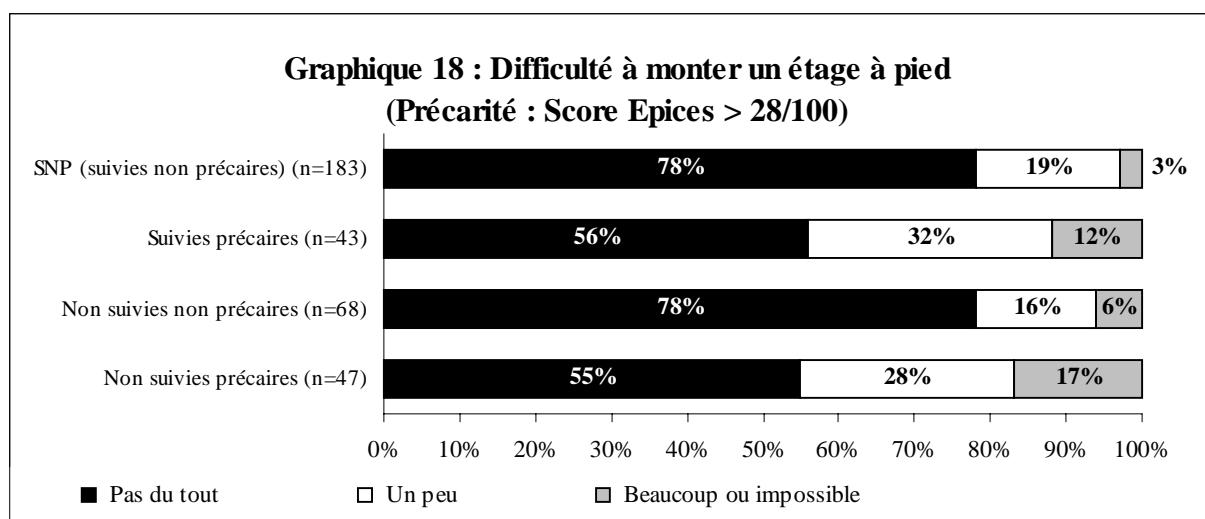
Légende : = : non significatif

* p=[0,02-0,05], significatif

() : p=[0,06-0,09], limite signification

** p ≤ 0,01, très significatif

Le remplacement du critère administratif du code article 2 par le score de précarité entraîne un déplacement des caractéristiques des non suivies vers la précarité. Autrement dit, des caractéristiques qui étaient celles des non suivies deviennent, en utilisant le score de précarité, des caractéristiques des personnes précaires, les non suivies non précaires se comportant alors comme les SNP. C'est le cas pour la perception d'une mauvaise santé, les difficultés de déplacement (Graphique 18), l'importance de faire de l'exercice, la pratique du sport ou de l'exercice, et les antécédents familiaux de cancer autres que du sein.



Dans l'autre sens, on observe que le fait de fumer, ou les antécédents familiaux de cancer du sein, qui distinguaient les suivies précaires des SNP ne sont plus significatifs avec le score. Mais la relation était à la limite de la signification pour le fait de fumer, et ne concernait que la strate de Chambéry pour les antécédents familiaux de cancer du sein.

L'analyse des non suivies précaires peut être plus approfondie avec le score de précarité, car les effectifs sont suffisants pour utiliser les deux strates de Lyon et Chambéry. Il est intéressant de noter qu'elles se comportent le plus souvent comme les suivies précaires, et non comme les non suivies non précaires, ce qui revient à dire que leur caractéristique principale est d'abord la précarité. Elles ne s'écartent des suivies précaires que pour l'importance de l'exercice physique, et la pratique de sport ou d'exercice physique.

Le Tableau 12 récapitule les différences entre groupes pour la **Crainte des maladies**. Le remplacement du code article 2 par le score de précarité ne change pas la crainte du cancer, qui reste toujours plus faible chez les non suivies non précaires (Graphique 19).

**TABLEAU 12 : CRAINTE DES MALADIES
(Précarité score Epices > 28/100)**

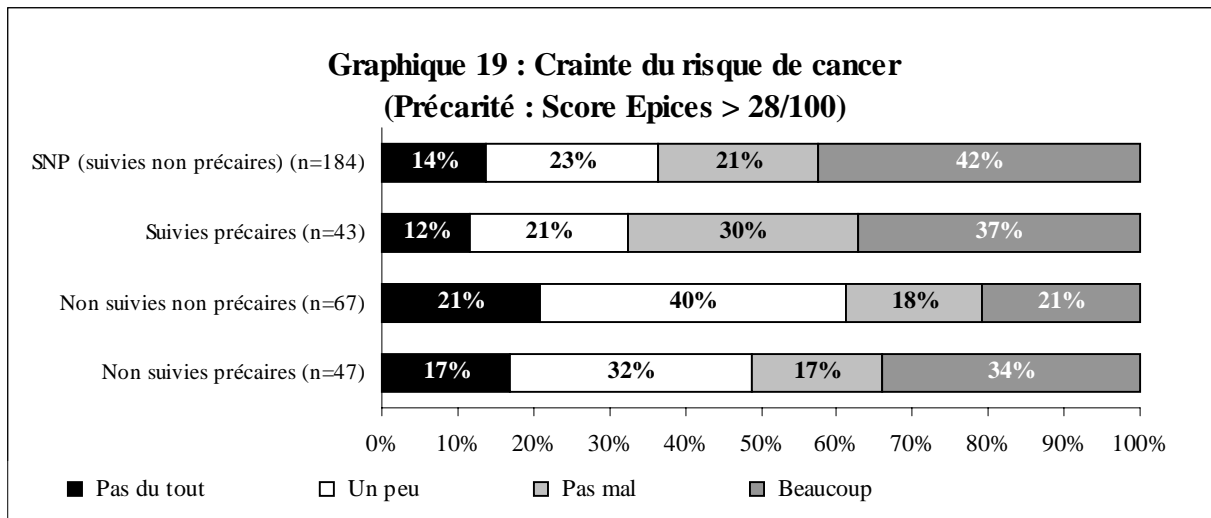
Critères : Crainte de...	Suivies Précaires (par rapport aux SNP)	Non suivies Non précaires (par rapport aux SNP)	Non suivies Précaires
Cancer	=	- **	=
Maladies du cœur	=	=	=
Dépression nerveuse	=	=	+ * que SNP et non suivies non prec. Surtout Chambéry
Accidents de la circulation	=	=	- * que SNP et non suivies non prec.
Maladie d'Alzheimer	=	=	=

Légende : = : non significatif

* p=[0,02-0,05], significatif

() : p=[0,06-0,09], limite signification

** p ≤ 0,01, très significatif



Par contre, les non suivies précaires s'éloignent des SNP et des suivies non précaires par leur plus grande crainte de la dépression nerveuse et leur moins grande crainte des accidents de la circulation.

Variables concernant l'utilisation des services de santé :

Le Tableau 13 récapitule des différences entre groupes pour *l'utilisation des services de santé curatifs et préventifs*.

**TABLEAU 13 : UTILISATION DES SERVICES DE SANTE
(Précarité score Epices > 28/100)**

Critères	Suivies Précaires (par rapport aux SNP)	Non suivies Non précaires (par rapport aux SNP)	Non suivies Précaires	Différences entre Lyon et Chambéry
Confiance en médecins	=	=	- * que SNP = autres groupes	=
Consulte médecin généraliste	+ *	(+)	=	=
Consulte gynécologue	- **	- **	- ** que SNP et suivies prec.	=
Consulte dentiste	=	=	- ** que tous autres groupes	=
Frottis du col	=	=	- ** que tous autres groupes	=
Frottis récent	- **	- **	- ** que SNP et suivies prec.	=
Hemocult	- *	=	- * que SNP surtout Lyon = autres groupes	(+ Chambéry)
Hemocult récent	=	- *	=	=

Légende : = : non significatif

* p=[0,02-0,05], significatif

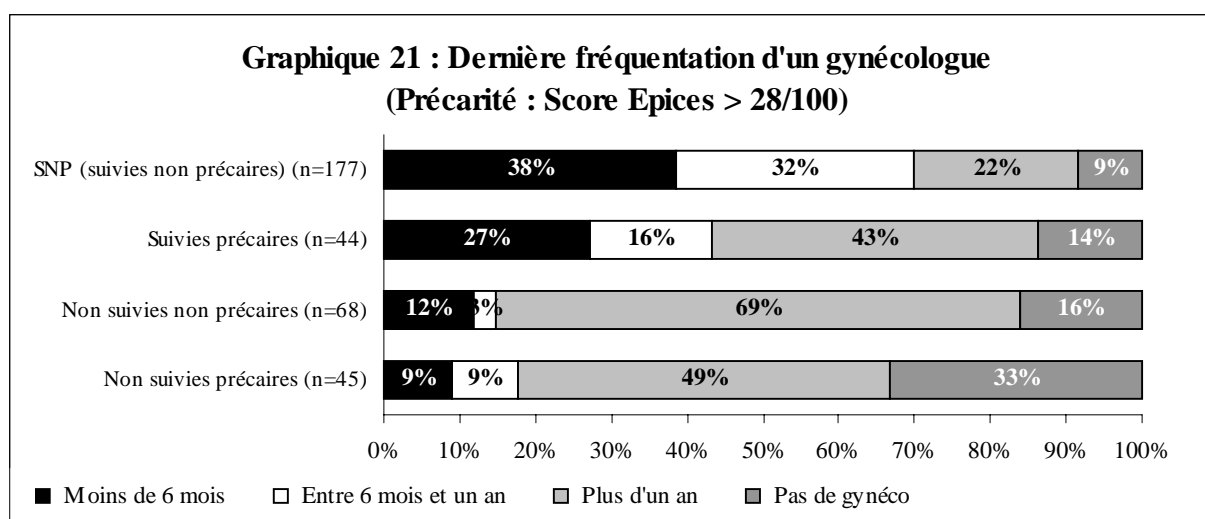
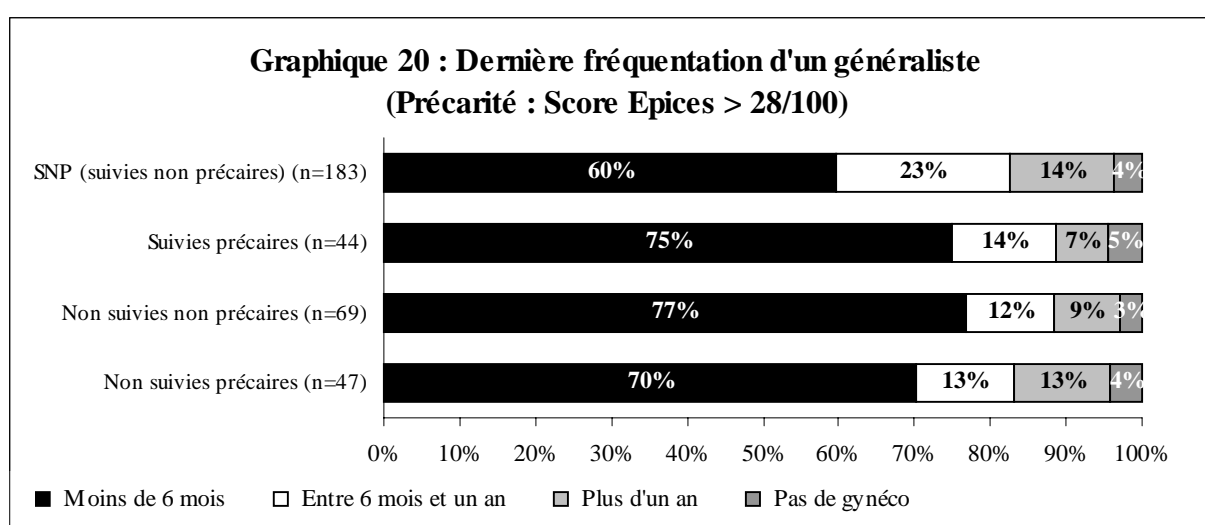
() : p=[0,06-0,09], limite signification

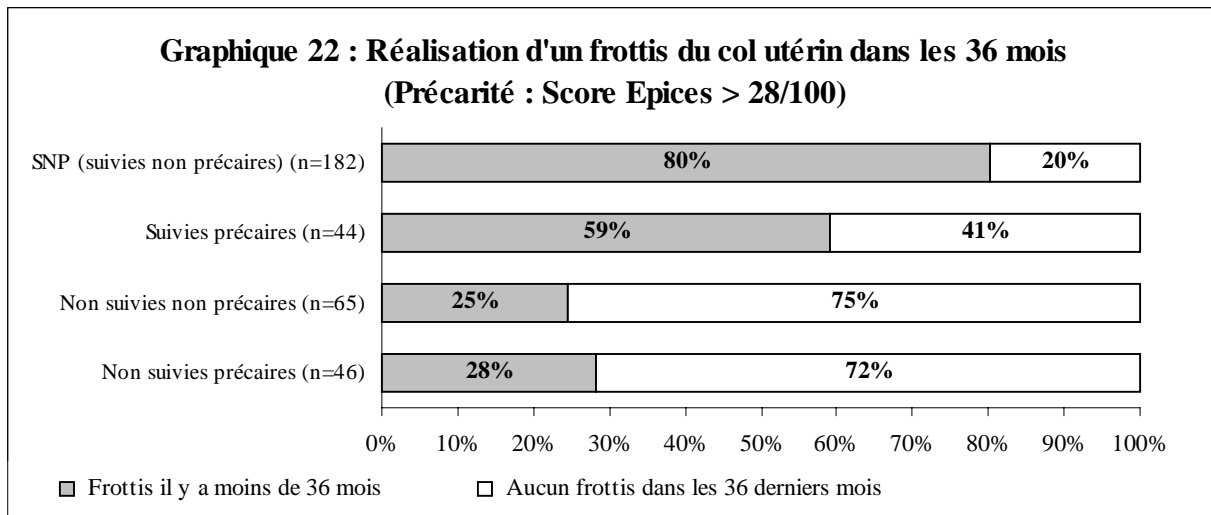
** p ≤ 0,01, très significatif

Comme pour les caractéristiques de santé, ce tableau montre un déplacement des caractéristiques des non suivies vers les précaires. C'est le cas de la fréquentation du dentiste dans les deux dernières années, de la réalisation d'au moins un frottis du col, et d'au moins un test Hemocult, pour lesquels les non suivies non précaires se comportent comme les SNP. Les suivies précaires s'éloignent des SNP en ce qui concerne les frottis de moins de 3 ans et la réalisation d'au moins un test Hemocult. Ces deux groupes, comme avec le code article 2, fréquentent plus leur médecin généraliste que les SNP (Graphique 20).

Les non suivies précaires, cumulent les deux facteurs en se différenciant par une utilisation moindre de tous les services de santé, sauf du médecin généraliste (Graphique 20). C'est d'ailleurs le seul groupe qui déclare une confiance moindre dans les médecins que les SNP.

La fréquentation du gynécologue et la réalisation d'un frottis du col dans les 36 mois restent très liés au non suivi (Graphiques 21 et 22).





En conclusion, cette analyse des caractéristiques des suivies et non suivies selon leur niveau de précarité évalué soit par le code article 2 soit par le score de précarité, montre que :

- Malgré le caractère "sélectionné" de la population des consultantes des CES, les groupes diffèrent sur de nombreux points. Même si le groupe des femmes qui ont une perception négative de leur état de santé et qui pensent que la médecine ne peut pas faire grand chose pour elles est faiblement représenté, on retrouve des différences classiques. Les non suivies sont moins soucieuses de leur apparence, de l'entretien de leur corps, elles cherchent moins les plaisirs de la vie (aimer bien manger, boire). Elles ont moins peur du cancer, ont moins souvent eu des antécédents de maladie du sein, et si elles semblent fréquenter plus leur médecin généraliste, elles sont moins suivies par un gynécologue, et font moins de frottis du col régulièrement.
- Des caractéristiques qui semblaient liées à la non participation, lorsqu'on évalue la précarité « administrative » avec le code article 2, se révèlent en fait des caractéristiques de la précarité, lorsqu'on évalue celle-ci avec le score Epices. Certaines variables ne sont plus liées à la non participation (difficultés de déplacement, importance de l'exercice physique, fréquentation du dentiste, réalisation d'un frottis du col). D'autres restent liées à la non participation tout en devenant également liées à la précarité (aimer moins boire de l'alcool, moins fréquenter le gynécologue, moins faire de frottis du col régulièrement).
- Les groupes définis par le score de précarité sont plus différents du groupe majoritaire des SNP : les femmes sont plus âgées, moins diplômées, moins souvent cadres supérieurs ou moyens que ce groupe de référence.

Le score de précarité permet donc de mieux discriminer les groupes que ne le fait le code article 2, et il montre que **la précarité peut agir comme un facteur de confusion de la non participation**.

RESULTATS 4 : REPRESENTATIONS DU CANCER DU SEIN ET DU DEPISTAGE

Ce chapitre poursuit l'analyse des quatre groupes de femmes (suivies / non suivies, précaires / non précaires) en s'intéressant aux représentations du cancer du sein et du dépistage. Il est rédigé suivant le même plan que le chapitre précédent, auquel s'ajoute une analyse des représentations en composantes multiples :

1. Présentation du profil du groupe de référence des suivies non précaires (SNP),
2. Présentation des différences entre les SNP et les non suivies non précaires, selon la précarité du Code Article 2, puis celle du Score Epices,
3. Présentation des différences entre les SNP et les suivies précaires,
4. Présentation du profil des non suivies précaires, en comparaison avec les trois autres groupes,
5. Synthèse des résultats des quatre groupes et discussion,
6. Analyse en composantes multiples des représentations.

4.1 : REPRESENTATIONS DES FEMMES SUIVIES NON PRECAIRES (SNP)

Sept questions concernaient **le cancer du sein et ses facteurs de risque** ou ses causes.

1. La grande majorité des femmes suivies non précaires s'accorde pour dire que **toutes les femmes** peuvent avoir un cancer du sein : 92% sont d'accord ("plutôt" ou "tout à fait") et 6% ne sont pas d'accord ("plutôt" ou "pas du tout"), et 2% ne se prononcent pas.
2. La grande majorité s'accorde pour dire que les femmes ayant eu un **cancer du sein dans leur famille** ont plus de risque d'en avoir un : 94% sont d'accord, 4% ne sont pas d'accord, et 2% ne se prononcent pas.
3. La majorité réfute l'idée que le risque de cancer du sein diminue après la **ménopause**, et une femme sur 5 ne se prononce pas : 64% ne sont pas d'accord, 17% sont d'accord, et 19% ne se prononcent pas.
4. La majorité réfute l'idée qu'une femme qui a des **petits seins** a un moindre risque de cancer : 72% ne sont pas d'accord, 8% sont d'accord, et 20% ne se prononcent pas.
5. La majorité adhère à l'idée que les **émotions** favorisent le cancer du sein : 68% sont d'accord, 13% ne sont pas d'accord, et 19% ne se prononcent pas.
6. La majorité adhère à l'idée que les **chocs et blessures** favorisent le cancer du sein : 58% sont d'accord, 18% ne sont pas d'accord, et 24% ne se prononcent pas.
7. La majorité réfute l'idée que c'est d'abord le **destin** qui fait qu'une femme aura le cancer du sein et une autre non : 55% ne sont pas d'accord, 22% sont d'accord, et 23% ne se prononcent pas.

Deux questions portaient sur le **traitement et la guérison du cancer du sein** :

1. La grande majorité s'accorde pour dire qu'**on guérit souvent** du cancer du sein aujourd'hui : 89% y adhèrent, 7% n'y adhèrent pas, et 4% ne se prononcent pas.
2. La majorité des femmes réfutent l'idée qu'il faut le plus souvent **amputer tout le sein** pour soigner un cancer : 66% n'y adhèrent pas, 27% y adhèrent, et 7% ne se prononcent pas.

Cinq questions portaient sur la **mammographie et le dépistage** du cancer du sein :

1. La grande majorité réfute l'idée qu'il est **inutile de faire une mammographie si on ne voit rien et on ne sent rien** au sein : 92% ne sont pas d'accord, 4% sont d'accord, et 4% ne se prononcent pas.
2. La grande majorité des femmes réfute l'idée que **le dépistage rend malade** : 97% ne sont pas d'accord, et 3% ne se prononcent pas.
3. Elles réfutent aussi l'idée que la **mammographie peut déclencher le cancer** du sein : 86% ne sont pas d'accord, 4% sont d'accord, et 10% ne se prononcent pas.
4. La grande majorité adhère à l'idée que le **dépistage permet de se rassurer** que tout va bien quand le résultat est négatif : 96% sont d'accord, 4% ne sont pas d'accord.
5. La grande majorité adhère à l'idée que le **dépistage n'empêche pas l'apparition d'un cancer** : 77% des SNP sont d'accord, 18% ne sont pas d'accord, et 5% ne se prononcent pas. Néanmoins, les Savoyardes sont plus nombreuses que les Lyonnaises à être d'accord avec cette idée, et ce dans tous les groupes ($p=0,002$) : 87% des SNP sont d'accord en Savoie contre 71% des SNP à Lyon.

4.2 : REPRESENTATIONS DES FEMMES NON SUIVIES NON PRECAIRES

→ Non précarité selon le Code Article 2 :

Toutes les femmes peuvent avoir un cancer du sein : les non suivies non précaires (selon le Code Article 2) sont moins nombreuses que les SNP à y adhérer ($p=0,00002$) : 73% contre 92% des SNP sont d'accord (plutôt ou tout à fait) et 23% contre 6% des SNP ne sont pas d'accord (plutôt ou pas du tout).

Les femmes ayant eu un **cancer du sein dans leur famille** ont plus de risque d'en avoir un : elles sont moins nombreuses que les SNP à y adhérer ($p=0,001$) : 85% contre 94% des SNP sont d'accord, et 12% contre 2% des SNP ne se prononcent pas. Cette différence est plus marquée à Chambéry qu'à Lyon.

Le risque de cancer du sein diminue après la **ménopause** : elles sont moins nombreuses que les SNP à réfuter cette idée ($p=0,05$) : 51% contre 64% des SNP ne sont pas d'accord, et 31% contre 19% des SNP ne se prononcent pas. Cette différence est plus marquée à Lyon qu'à Chambéry.

Une femme qui a des **petits seins** a un moindre risque de cancer : elles sont moins nombreuses que les SNP à réfuter cette idée ($p=0,04$) : 59% contre 72% des SNP ne sont pas d'accord, et 34% contre 20% des SNP ne se prononcent pas.

Elles ne diffèrent pas des SNP pour le rôle des émotions, des traumatismes locaux et du destin dans la genèse du cancer. De même pour le fait qu'on guérit souvent du cancer du sein aujourd'hui.

Il faut le plus souvent **amputer tout le sein** pour soigner un cancer : A Chambéry, elles le penseraient plus souvent que les SNP mais la différence n'est pas tout à fait significative ($p=0,06$) : 56% n'y adhèrent pas, contre 76% des SNP de Chambéry.

Il est **inutile de faire une mammographie si on ne voit rien et on ne sent rien** au sein : elles sont moins nombreuses que les SNP à réfuter cette idée ($p=0,005$) : 78% contre 92% des SNP ne sont pas d'accord, et 12% contre 4% des SNP sont d'accord. Cette différence est plus marquée à Lyon qu'à Chambéry.

Le dépistage rend malade : elles sont moins nombreuses que les SNP à réfuter cette idée ($p=0,01$) : 88% contre 97% des SNP ne sont pas d'accord, et 11% contre 3% des SNP ne se prononcent pas. Cette différence est plus marquée à Chambéry qu'à Lyon.

Elles ne diffèrent pas des SNP pour le fait que la mammographie peut déclencher le cancer, que le dépistage permet de se rassurer quand il est négatif, et que le dépistage n'empêche pas l'apparition d'un cancer.

→ Non précarité selon le Score Epices :

Toutes les femmes peuvent avoir un cancer du sein : les non suivies non précaires (selon le Score Epices) sont moins nombreuses que les SNP à y adhérer ($p=0,001$) : 77% contre 93% des SNP sont d'accord (assez ou tout à fait) et 19% contre 5% des SNP ne sont pas d'accord (plutôt ou pas du tout).

Les femmes ayant eu un **cancer du sein dans leur famille** ont plus de risque d'en avoir un : elles sont moins nombreuses que les SNP à y adhérer ($p=0,03$) : 87% contre 94% des SNP sont d'accord, et 10% contre 2% des SNP ne se prononcent pas. Cette différence est plus marquée à Chambéry qu'à Lyon.

C'est d'abord le **destin** qui fait qu'une femme aura le cancer du sein et une autre non : Elles sont moins nombreuses à réfuter cette idée à Lyon ($p=0,03$) : 36% contre 61% des SNP la réfutent, et 44% contre 20% des SNP ne se prononcent pas.

Elles ne diffèrent pas pour les autres questions sur les facteurs de risque du cancer. De même pour les questions sur le traitement du cancer du sein.

Il est **inutile de faire une mammographie si on ne voit rien et on ne sent rien** au sein : elles sont moins nombreuses que les SNP à réfuter cette idée ($p=0,0001$) : 78% contre 95% des SNP ne sont pas d'accord, et 10% contre 1% des SNP sont d'accord.

Le dépistage rend malade : elles sont moins nombreuses que les SNP à réfuter cette idée ($p=0,01$) : 90% contre 98% des SNP ne sont pas d'accord, et 9% contre 2% des SNP ne se prononcent pas. Cette différence est plus marquée à Lyon qu'à Chambéry.

Elles ne diffèrent pas pour les trois autres opinions sur le dépistage.

Le Tableau 14 récapitule les différences de représentations des femmes non suivies non précaires par rapport aux SNP.

TABLEAU 14 : REPRESENTATIONS DU CANCER DU SEIN ET DU DEPISTAGE DES NON SUIVIES NON PRECAIRES

par rapport aux suivies non précaires selon les deux critères de précarité

Critères	Code article 2	Score Epices >28/100
Risque pour toutes les femmes	- d'accord**	- d'accord**
Risque familial	- d'accord** Surtt Chambéry	- d'accord* surtt Chambéry
Emotions = risque	=	=
Traumatismes = risque	=	=
Moins de risque après ménopause	- réfute* surtout Lyon	=
Moins de risque si petits seins	- réfute*	=
D'abord le destin	=	- réfute** Lyon = Chambéry
On guérit souvent	=	=
Amputer pour soigner	(- réfute Chambéry) = Lyon	=
Mammo inutile si pas de symptôme	- réfute** surtout Lyon	- réfute**
Mammo peut déclencher cancer	=	=
Dépistage = se rassurer quand résultat négatif	=	=
Dépistage n'empêche pas cancer	=	=
Dépistage rend malade	- réfute** surtt Chambéry	- réfute** surtout Lyon

Légende : = : non significatif

* p=[0,02-0,05], significatif

() : p=[0,06-0,09], limite signification

** p ≤ 0,01, très significatif

4.3 : REPRESENTATIONS DES FEMMES SUIVIES PRECAIRES

→ Précarité selon le Code Article 2 :

Les suivies précaires ne diffèrent pas des SNP pour les sept opinions sur les facteurs de risque du cancer du sein. De même sur le fait qu'on guérit souvent du cancer du sein aujourd'hui. Elles ne diffèrent pas non plus des SNP pour les cinq opinions sur le dépistage du cancer du sein.

Une seule différence est notée. Il faut le plus souvent **amputer tout le sein** pour soigner un cancer : elles sont plus nombreuses à réfuter cette idée que les SNP ($p=0,03$) : 81% n'y adhèrent pas contre 66% des SNP, et 10% y adhèrent contre 27% des SNP.

→ Précarité selon le Score Epices :

Le score de précarité est discriminant pour 5 variables au lieu d'une :

- Une femme qui a des **petits seins** a un moindre risque de cancer : à Lyon, les suivies précaires sont moins nombreuses que les SNP à réfuter cette idée ($p=0,001$) : 48% contre 81% des SNP ne sont pas d'accord, et 32% contre 15% des SNP ne se prononcent pas.
- Les **chocs et blessures** favorisent le cancer du sein : à Lyon, elles sont moins nombreuses que les SNP à réfuter cette idée ($p=0,01$) : 3% contre 26% des SNP ne sont pas d'accord, et 36% contre 19% des SNP ne se prononcent pas.
- C'est d'abord le **destin** qui fait qu'une femme aura le cancer du sein et une autre non : elles sont moins nombreuses que les SNP à réfuter cette idée ($p=0,03$) : 41% réfutent l'idée, contre 60% des SNP, et 34% ne se prononcent pas contre 18% des SNP.

Elles ne diffèrent pas des SNP pour les quatre autres questions sur les facteurs de risque du cancer. De même pour les deux questions sur le traitement du cancer du sein.

- Il est **inutile de faire une mammographie si on ne voit rien et on ne sent rien** au sein : elles sont moins nombreuses que les SNP à réfuter cette idée ($p=0,0003$) : 82% réfutent l'idée contre 95% des SNP, et 16% sont d'accord contre 1% des SNP.
- La **mammographie peut déclencher le cancer** du sein : elles s'éloigneraient des SNP en étant moins souvent d'accord avec cette idée, mais la différence n'est pas tout à fait significative ($p=0,06$) : 66% sont d'accord contre 78% des SNP, et 14% ne se prononcent pas contre 4% des SNP.

Elles ne diffèrent pas des SNP pour les trois autres opinions sur le dépistage du cancer du sein.

Le Tableau 15 récapitule les différences de représentations des femmes suivies précaires par rapport aux SNP.

TABLEAU 15 : REPRESENTATIONS DU CANCER DU SEIN ET DU DEPISTAGE DES SUIVIES PRECAIRES

par rapport aux suivies non précaires selon les deux critères de précarité

Critères	Code article 2	Score Epices >28/100
Risque pour toutes les femmes	=	=
Risque familial	=	=
Emotions = risque	=	=
Traumatismes = risque	=	- réfute** Lyon = Chambéry
Moins de risque après ménopause	=	=
Moins de risque si petits seins	=	- réfute** Lyon = Chambéry
D'abord le destin	=	- réfute*
On guérit souvent	=	=
Amputer pour soigner	+ réfute*	=
Mammo inutile si pas de symptôme	=	- réfute**
Mammo peut déclencher cancer	=	(- réfute)
Dépistage = se rassurer quand résultat négatif	=	=
Dépistage n'empêche pas cancer	=	=
Dépistage rend malade	=	=

Légende : = : non significatif

* p=[0,02-0,05], significatif

() : p=[0,06-0,09], limite signification

** p ≤ 0,01, très significatif

4.4 : REPRESENTATIONS DES FEMMES NON SUIVIES PRECAIRES

→ Précarité selon le Code Article 2 :

Rappelons que la seule comparaison faite ici est dans la strate de Chambéry.

Toutes les femmes peuvent avoir un cancer du sein : les non suivies précaires de Chambéry s'éloignent des non suivies non précaires ($p=0,03$) pour répondre comme les SNP : 96% contre 77% des non suivies non précaires de Chambéry sont d'accord avec l'affirmation.

Elles ne diffèrent pas des trois autres groupes pour les autres questions sur les facteurs de risque du cancer du sein. De même sur l'idée qu'on guérit souvent du cancer du sein aujourd'hui.

Il faut le plus souvent **amputer tout le sein** pour soigner un cancer : elles s'éloignent des non suivies non précaires ($p=0,05$) pour répondre comme les SNP : 77% contre 56% des non suivies non précaires de Chambéry réfutent l'affirmation. Elles ne diffèrent pas des suivies précaires.

La **mammographie peut déclencher le cancer** du sein : elles s'éloigneraient des SNP en réfutant plus souvent cette idée, mais la différence n'est pas tout à fait significative ($p=0,06$) : 96% contre 73% des SNP de Chambéry.

Elles ne diffèrent pas des trois autres groupes pour les autres questions sur le dépistage du cancer du sein.

→ Précarité selon le Score Epices :

La comparaison est possible pour les 2 strates de Lyon et Chambéry.

Toutes les femmes peuvent avoir un cancer du sein : les non suivies précaires répondent comme les non suivies non précaires et s'éloignent donc des SNP ($p=0,008$) : 79% sont d'accord contre 93% des SNP. Cette différence est plus marquée à Lyon qu'à Chambéry.

Les femmes ayant eu un **cancer du sein dans leur famille** ont plus de risque d'en avoir un : elles répondent comme les non suivies non précaires et s'éloignent donc des SNP ($p=0,02$) : 85% sont d'accord contre 94% des SNP. Cette différence est plus marquée à Lyon qu'à Chambéry.

Le risque de cancer du sein diminue après la **ménopause** : à Lyon elles sont moins nombreuses que les SNP à réfuter cette idée ($p=0,006$) : 46% contre 73% des SNP ne sont pas d'accord, et 41% contre 13% des SNP ne se prononcent pas. Elles ne diffèrent pas des deux autres groupes.

Une femme qui a des **petits seins** a un moindre risque de cancer : à Lyon elles répondent comme les suivies précaires et sont donc moins nombreuses que les SNP à réfuter cette idée ($p=0,002$) : 46% ne sont pas d'accord contre 81% des SNP, et 37% ne se prononcent pas contre 15% des SNP.

Les **chocs et blessures** favorisent le cancer du sein : elles répondent comme les suivies précaires et sont donc moins nombreuses que les SNP à réfuter cette idée ($p=0,009$) : 2% ne sont pas d'accord contre 21% des SNP, et 68% sont d'accord, contre 54% des SNP.

C'est d'abord le **destin** qui fait qu'une femme aura le cancer du sein et une autre non : à Lyon elles répondent comme les suivies précaires et les non suivies non précaires ; elles sont donc moins nombreuses que les SNP à réfuter cette idée ($p=0,04$) : 32% réfutent l'idée contre 61% des SNP, et 36% ne se prononcent pas contre 20% des SNP.

Elles ne diffèrent pas des trois autres groupes pour l'opinion sur le rôle des émotions dans la genèse du cancer du sein. De même pour l'idée qu'on guérit souvent du cancer du sein aujourd'hui.

Il faut le plus souvent **amputer tout le sein** pour soigner un cancer : à Chambéry elles s'éloignent des SNP ($p=0,01$) : 60% contre 82% des SNP réfutent l'affirmation. Elles ne diffèrent pas des suivies précaires, ni des non suivies non précaires.

Il est **inutile de faire une mammographie si on ne voit rien et on ne sent rien** au sein : elles réfutent moins souvent l'idée que les SNP ($p=0,0004$) : 85% réfutent l'idée contre 95% des SNP, et 13% sont d'accord contre 1% des SNP. Elles ne diffèrent pas des deux autres groupes.

Le dépistage rend malade : elles répondent comme les non participantes non précaires et réfutent donc moins que les SNP cette idée ($p=0,003$) : 87% ne sont pas d'accord contre 98% des SNP, et 13% ne se prononcent pas contre 2% des SNP. Cette différence est plus marquée à Chambéry qu'à Lyon.

Elles ne diffèrent pas des trois autres groupes pour les trois autres opinions sur le dépistage du cancer du sein.

Le Tableau 16 récapitule les différences de représentations des femmes non suivies précaires par rapport aux trois autres groupes.

TABLEAU 16 : REPRESENTATIONS DU CANCER DU SEIN ET DU DEPISTAGE DES NON SUIVIES PRECAIRES

par rapport aux trois autres groupes, selon les deux critères de précarité

Critères	Code article 2 (Chambéry seulement)	Score Epices >28/100
Risque pour toutes les femmes	- d'accord* que non suivies non prec. = autres groupes	- d'accord** que SNP surtout Lyon = autres groupes
Risque familial	=	- d'accord* que SNP surtout Lyon = autres groupes
Emotions = risque	=	=
Traumatismes = risque	=	- réfute** que SNP = autres groupes
Moins de risque après ménopause	=	- réfute** que SNP Lyon = Chambéry
Moins de risque si petits seins	=	- réfute** que SNP Lyon = Chambéry
D'abord le destin	=	- réfute* que SNP Lyon = Chambéry
On guérit souvent	=	=
Amputer pour soigner	+ réfute* que non suivies non prec. = autres groupes	- réfute** que SNP Chambéry = Lyon
Mammo inutile si pas de symptôme	=	- réfute** que SNP = autres groupes
Mammo peut déclencher cancer	(+ réfute) que SNP = autres groupes	=
Dépistage = se rassurer quand résultat négatif	=	=
Dépistage n'empêche pas cancer	=	=
Dépistage rend malade	=	- réfute** que SNP, surtout Chambéry = autres groupes

Légende : = : non significatif

* p=[0,02-0,05], significatif

() : p=[0,06-0,09], limite signification

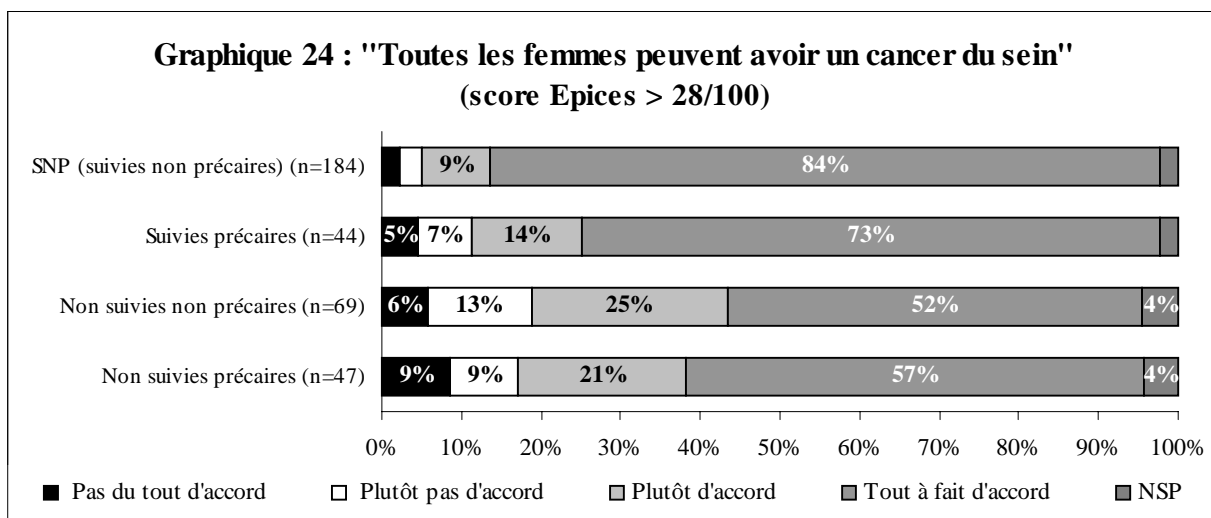
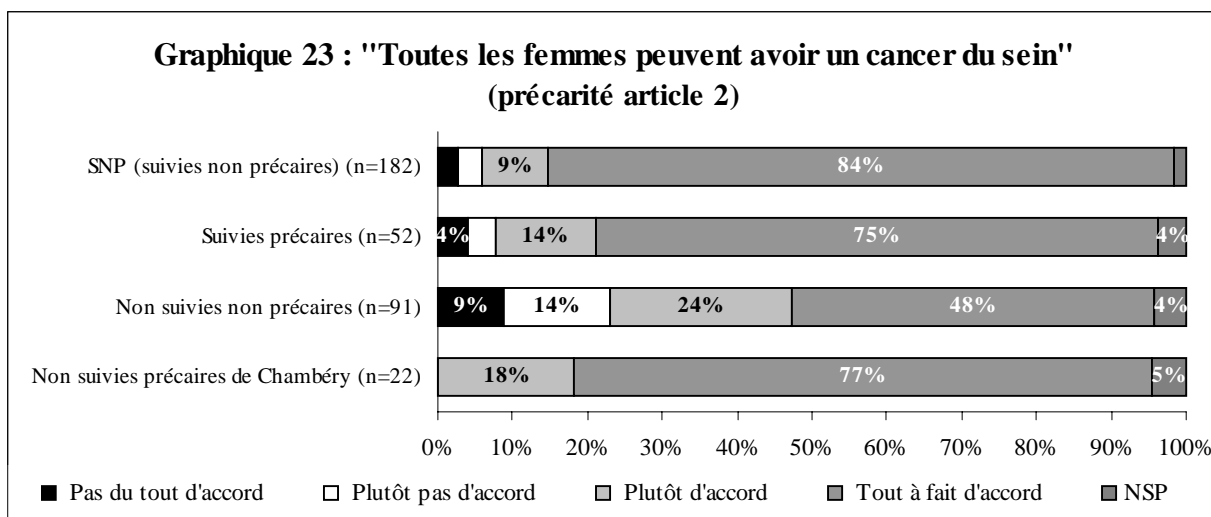
** p ≤ 0,01, très significatif

4.5 : DISCUSSION SUR LES REPRESENTATIONS DU CANCER DU SEIN ET DE SON DEPISTAGE

Le risque individuel et surtout familial de cancer du sein est bien connu des femmes (Graphiques 23 et 24). La quasi totalité des SNP adhèrent à l'idée que toutes les femmes peuvent avoir un cancer et que celles qui ont eu un cas dans leur famille ont plus de risque que les autres.

- Les non suivies se distinguent en adhérant moins souvent à ces deux propositions, ce qui rejoint les réponses du chapitre précédent montrant que les femmes non suivies déclarent une moindre crainte du cancer.
- La situation de précarité, du code article 2 ou du score Epices, n'introduit pas de différence pertinente pour ces questions.

Le **rôle du destin** est réfuté également par tous les groupes selon le code article 2, mais il devient, avec le score de précarité, significativement moins réfuté à la fois par les suivies précaires et les non suivies (précaires ou non) de Lyon que par les SNP.



Les 4 autres questions sur **les facteurs de risque** sont plus controversées et 15% à 25% des femmes préfèrent ne pas se prononcer. La baisse du risque après la ménopause, ou quand on a des petits seins, est réfutée (avec raison) par une majorité des femmes. Par contre, les émotions, les chocs et blessures, sont accrédités par la majorité des femmes comme cause de cancer, alors que ce n'est pas démontré.

- Les non suivies non précaires (code article 2) sont moins nombreuses que les SNP à réfuter la baisse du risque après la ménopause ou quand on a des petits seins.
- Les réponses des groupes ne diffèrent pas pour les 2 autres réponses (émotions, chocs et blessures).

Le score Epices met en avant le rôle de la précarité dans les représentations :

- Le seul facteur de risque sur lequel tous les groupes s'accordent est le rôle des émotions.
- Les non suivies non précaires ont les mêmes opinions que les SNP.
- Par contre, les non suivies précaires réfutent moins souvent ces affirmations que les SNP pour toutes les réponses à Lyon (sauf sur le rôle des émotions), et les suivies précaires font de même à Lyon pour deux affirmations.
- Les différences sont moins nettes à Chambéry, peut-être parce que l'information circule moins en l'absence de programme organisé.

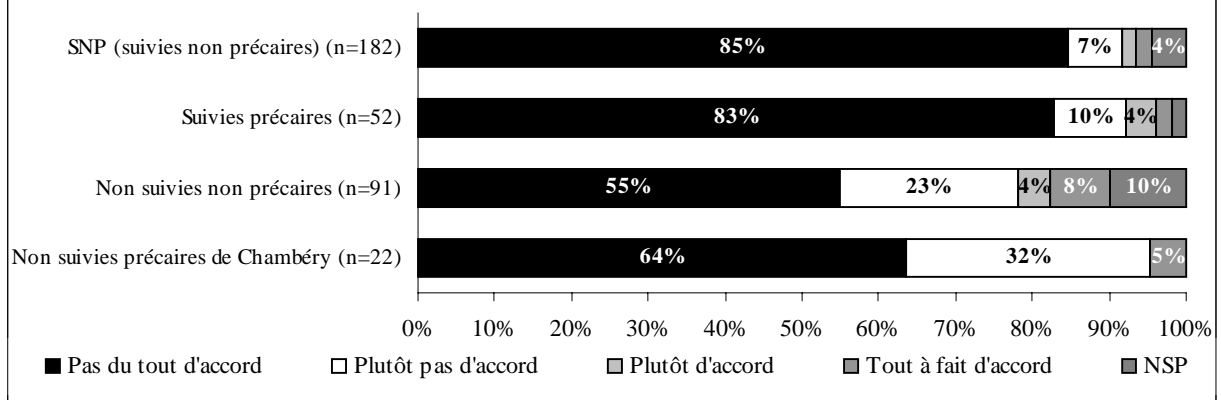
En ce qui concerne le **traitement du cancer du sein**, l'opinion des femmes est optimiste dans tous les groupes : aujourd'hui on guérit souvent du cancer du sein disent 9 sur 10 d'entre elles.

Par contre, sur les modalités du traitement, les non suivies pensent plus souvent qu'il faut amputer tout le sein pour soigner le cancer, et ce indépendamment de leur âge plus élevé. Le score Epices ne change pas ce fait, voire le renforce plutôt.

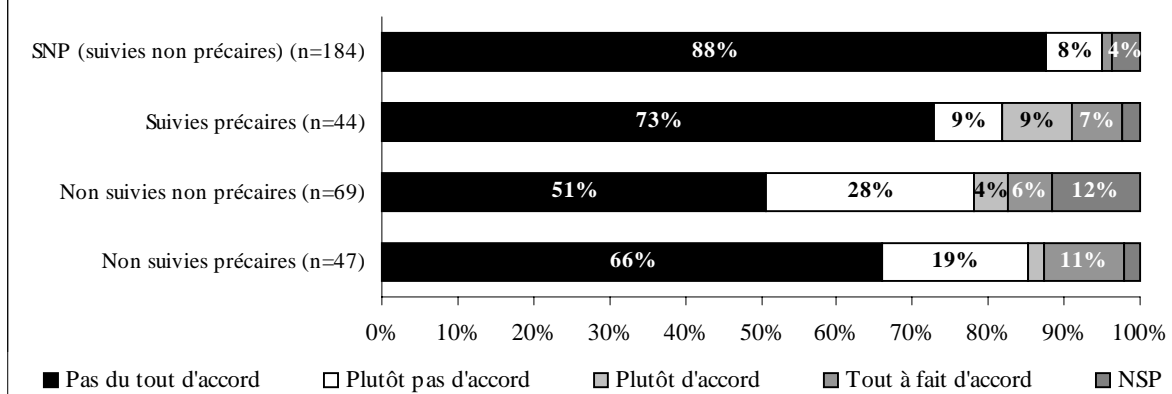
Les opinions sur le **dépistage** montrent que les différences passent principalement par le non suivi :

- Les non suivies non précaires (que ce soit code article 2 ou score Epices), pensent plus souvent que les SNP que c'est inutile de faire une mammographie si on ne voit rien et si on ne sent rien au sein (Graphiques 25 et 26), et que le dépistage rend malade (même si c'est un tout petit nombre).
- Le code article 2 ne révèle pas de différence importante entre les précaires et les non précaires. Par contre, le score Epices montre que les précaires aussi pensent plus souvent que la mammographie est inutile si on ne voit rien et si on ne sent rien au sein.
- L'idée que le dépistage n'empêche pas l'apparition d'un cancer est la moins soutenue de ces 5 affirmations, avec 77% d'accord. A l'opposé, 96% des SNP pensent que le dépistage permet de se rassurer que tout va bien quand le résultat est négatif. Et dans les deux cas, il n'y a pas de différence entre les groupes.

**Graphique 25 : Mammographie inutile en l'absence de symptômes
(précarité article 2)**



**Graphique 26 : Mammographie inutile en l'absence de symptômes
(score Epices > 28/100)**



4.6 : ANALYSE DES REPRESENTATIONS EN COMPOSANTES MULTIPLES

Pour compléter l'analyse, les 14 questions portant sur les représentations du cancer du sein et de son dépistage ont fait l'objet d'une analyse en composantes multiples (ACM) afin d'étudier les **corrélations entre les différentes réponses**.

Cette ACM permet de remplacer les 14 variables initiales par d'autres variables qui sont les axes de l'ACM. L'avantage est que les axes significatifs sont moins nombreux que les variables et qu'ils sont indépendants les uns des autres. L'inconvénient est qu'ils sont une construction mathématique et qu'il faut les interpréter à partir des variables qui ont servi à les définir. Chaque axe se présente avec un sens + et un sens – autour d'un point zéro. Les modalités des variables ne contribuant pas à la construction de l'axe sont proches du point zéro. Les variables qui contribuent à la construction de l'axe se projettent significativement sur l'axe d'un côté ou de l'autre, pour une ou plusieurs de leurs modalités, selon que leur liaison est positive ou négative par rapport à l'axe.

La projection d'autres variables socio-démographiques, et de santé sur les axes de l'ACM complète leur interprétation.

Les 4 premiers axes (sur les 23 significatifs) contribuent à eux seuls pour 55% de la variance totale du nuage de points. Le premier contribue pour 30%, le second pour 12%, le troisième pour 8% et le quatrième pour 5%. Les autres axes contribuent chacun pour moins de 5% de la variance et ne sont donc pas pris en compte.

Le **premier axe** oppose deux types de réponses :

- Du côté +, les réponses qui contribuent le plus à cet axe sont les réponses "pas du tout d'accord" aux affirmations sur le moindre risque quand on a des petits seins, sur le rôle du destin dans la survenue du cancer, et sur l'amputation du sein pour soigner. Les autres réponses qui participent à cet axe sont en faveur du dépistage (il faut le faire même sans symptômes) et sont toujours catégoriques (soit tout à fait d'accord, soit pas du tout d'accord).
- Du côté –, les questions qui contribuent le plus sont les mêmes, mais les réponses sont modérément affirmées ("plutôt d'accord") ou rejetées ("plutôt pas d'accord"). Les réponses sont aussi en faveur du dépistage : il faut le faire même sans symptômes, la mammographie ne donne pas le cancer, le dépistage ne rend pas malade.

L'axe 1 peut donc être interprété comme étant la tendance "**rationnelle**" : des femmes qui adhèrent aux représentations scientifiques du cancer du sein et de ses facteurs de risque, sauf en ce qui concerne les questions controversées du rôle des émotions et des traumatismes locaux. Elles se distinguent selon le degré d'affirmation de leurs réponses, "**catégoriques**" ou "**modérées**".

La projection des variables de caractéristiques générales sur cet axe apporte d'autres informations :

- Du côté + se projettent notamment les variables : Lyon, mammographie dans le cadre d'un programme, gynécologue vu depuis moins de 6 mois. Ce qui suggère que les "catégoriques" sont les plus informées, soit par le programme de dépistage du Rhône, soit par leur gynécologue.
- Du côté – se projettent notamment les variables : Chambéry, "ne sait pas" si la mammographie a été faite dans le cadre d'un programme, craint "un peu" le cancer, gynécologue vu depuis 6 à 12 mois, et également l'absence de mammographie dans les 36

derniers mois. Ce qui suggère que pour ces femmes l'adhésion aux représentations rationnelles est moins forte et qu'elle ne suffit pas toujours à entraîner le passage à l'acte de dépistage.

Le **2^{ème} axe** oppose deux types de réponses :

- Du côté +, les questions qui contribuent le plus à l'axe sont l'utilité de la mammographie même sans symptôme, le fait que le dépistage rassure quand le résultat est négatif, la connaissance de certains facteurs de risque (antécédents familiaux, ménopause) et le rejet d'autres (petits seins, émotions).
- Du côté –, les réponses "nsp" contribuent fortement à l'axe. Ces "sans opinions" concernent les cinq questions sur le dépistage, mais aussi les facteurs de risque (ménopause, petits seins), le rôle du destin, et l'amputation pour traiter le cancer. Les réponses affirmées ne sont pas scientifiques (le risque ne concerne pas toutes les femmes, les antécédents familiaux ne sont pas facteur de risque, c'est d'abord le destin qui fait qu'on a un cancer) et ne sont pas en faveur du dépistage (elles sont plutôt ou tout à fait d'accord qu'il est inutile en l'absence de symptômes).

L'axe 2 peut donc être interprété comme l'opposition entre les "**sceptiques**" (sans opinion sur le dépistage ou qui pensent que le dépistage est inutile tant qu'il n'y a pas de signe), et celles qui sont pour le dépistage systématique.

Du côté – (les "sceptiques") se projettent les variables suivantes : absence de mammographie dans les 36 mois, absence de frottis du col dans les 36 mois, Lyon, "un peu" ou "beaucoup" de difficultés de déplacement, "pas du tout" de souci de son apparence, et score de précarité élevé. Ce qui confirme que ce groupe adhère peu au dépistage des cancers féminins.

Le **3^{ème} axe** oppose deux types de réponses :

Du côté +, un mélange entre des représentations scientifiques des risques (rôle des antécédents familiaux, de la ménopause, absence de rôle de la taille des seins), et d'autres qui ne le sont pas (toutes les femmes n'ont pas un risque, la mammographie empêche le cancer).

Du côté –, des croyances fortes dans le rôle du destin, des émotions, des traumatismes, des antécédents familiaux, alors qu'elles ne pensent pas que la mammographie rassure en cas de résultat négatif.

L'axe 3 peut donc être interprété comme l'opposition entre les "**fatalistes**" et celles qui ont une approche plus rationnelle des risques.

Du côté – (les "fatalistes") se projettent les variables : absence de mammographie dans les 36 mois, absence de frottis dans les 36 mois, craint "beaucoup" le cancer, connaît des cas de cancer du sein chez les proches, Chambéry, plus de 65 ans, et sans profession. Ce qui confirme la faible adhésion de ce groupe au dépistage des cancers féminins, malgré sa crainte du cancer.

Le **4^{ème} axe** regroupe du côté + les réponses allant dans le sens de la dangerosité du dépistage : le dépistage rend malade, la mammographie donne le cancer, le dépistage ne rassure pas quand il est négatif, il est inutile de le faire s'il n'y a pas de symptôme. C'est le destin qui fait qu'on a ou non un cancer, le risque n'est pas pour toutes les femmes, ni plus fréquent avec des antécédents familiaux.

Il peut donc être interprété comme l'opposition entre les "**opposantes**" au dépistage et les autres.

Les variables se projetant sur le côté + sont : absence de mammographie dans les 36 mois, absence de frottis dans les 36 mois, craint "pas du tout" le cancer, n'a "pas du tout" le souci de son apparence. Ce qui confirme la faible adhésion de ce groupe au dépistage des cancers féminins.

L'ACM permet donc de proposer un classement des femmes selon leurs représentations en cinq grandes tendances :

1. Les "**rationnelles**", les plus nombreuses, qui adhèrent aux représentations scientifiques du cancer du sein et de ses facteurs de risque. Mais ce groupe n'est pas homogène, il peut se diviser en deux. Les femmes ayant les opinions les plus **catégoriques** sont favorables au dépistage systématique, alors que celles qui ont des opinions plus **modérées** ne passent pas toujours à l'acte. Les premières sont peut-être plus informées, car elles sont surtout Lyonnaises, ont fait leur mammographie dans le cadre du programme, ou ont vu leur gynécologue récemment.
2. Les "**sceptiques**" sont des femmes qui n'ont pas d'opinion sur la plupart des items proposés, ou préfèrent ne pas la donner. Elles adhèrent moins au dépistage (y compris le frottis du col), qu'elles pensent inutile en l'absence de symptôme. Ce groupe, plus Lyonnais que Savoyard, est le seul à être fortement corrélé au score de précarité élevé.
3. Les "**fatalistes**" donnent un poids important au destin dans la survenue d'un cancer. Elles aussi adhèrent moins au dépistage, y compris le frottis du col, tout en ayant très peur du cancer. Ce groupe est plus Savoyard que Lyonnais, et les plus de 65 ans y sont plus représentées.
4. Les "**opposantes**", qui voient le dépistage comme dangereux et y sont, logiquement, opposées. Elles le pratiquent bien sûr peu (y compris le frottis du col), d'autant qu'elles affirment ne pas craindre du tout le cancer.

Il est intéressant de 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. Néanmoins, les consultantes des CES de Lyon et de Chambéry diffèrent aussi : il y a sans doute des différences de culture entre les habitantes d'une grande ville et celles d'une ville moyenne ou en milieu rural.

RESULTATS 5 : ANALYSE MULTIVARIEE DES FACTEURS DE SUIVI

Les caractéristiques des femmes suivies et non suivies ont été analysées une par une et globalement dans un **modèle logistique**.

Ce modèle se présente comme une équation permettant de mesurer le lien entre le suivi et un ou plusieurs facteurs explicatifs comme le montre l'exemple suivant :

$$\text{Probabilité du suivi} = \alpha + \beta(\text{précarité})$$

α est une constante et β mesure le lien entre la précarité et le suivi.

Ici, pour la variable précarité (=1 si le score Epices >28, =0 sinon), $\beta = -1,05$, ce qui signifie que quand il y a précarité, la probabilité du suivi baisse, donc que la précarité est un facteur de non suivi par mammographie.

Le coefficient β correspond au logarithme de l'Odds ratio (OR), qui est une autre façon d'exprimer le lien entre les deux variables. L'Odds ratio (OR) correspondant est de 0,35, ce qui signifie qu'il y a environ une femme suivie pour trois femmes non suivies quand le score de précarité est élevé.

Pour le facteur "consultation du gynécologue", $\beta = 2,17$, soit OR=8,78, ce qui signifie qu'il y a environ neuf femmes suivies pour une non suivie par mammographie chez celles qui ont consulté leur gynécologue durant la dernière année.

L'OR mesure la force du lien entre le suivi et la variable analysée, lien qui est d'autant plus fort que l'OR est éloigné de 1.

L'intérêt de la régression logistique est qu'elle permet d'analyser simultanément plusieurs facteurs, en donnant les coefficients β (donc les OR) de plusieurs variables, chacun étant ajusté sur les autres. C'est à dire que chaque coefficient β ne mesure que l'influence du facteur lui-même, l'éventuel effet de confusion des autres étant annulé. L'équation du modèle de la régression logistique multiple est la suivante :

$$\text{Probabilité du suivi} = \alpha + \beta_1 (\text{facteur 1}) + \beta_2 (\text{facteur 2}) + \beta_3 (\text{facteur 3}) + \dots + \beta_i (\text{facteur } i)$$

Chaque coefficient β (ou chaque OR) peut être testé pour voir s'il est significativement différent de 0 (ou de 1 pour l'OR), et un intervalle de confiance à 95% peut être calculé. L'intervalle de confiance indique la fourchette dans laquelle l'OR a 95% de chances de se trouver.

Méthode d'analyse

L'analyse multivariée a été menée de la façon suivante :

1. Tous les facteurs ressortant significatifs dans l'analyse groupe à groupe (caractéristiques et représentations) ont été testés un par un.

2. Les facteurs significatifs en analyse univariée ont été inclus dans 4 sous-modèles : les variables "obligatoires" dans le modèle (précarité, ville, âge), les variables socio-démographiques, de santé et de modes de vie, l'utilisation des services de santé, les représentations. N'ont été gardées dans chaque sous-modèle que les variables restant significatives une fois annulé l'effet de confusion avec les autres.
3. Puis les 4 sous-modèles ont été regroupés dans le modèle final, et là encore les variables non significatives ont été éliminées.

En **analyse univariée**, 18 variables sont significativement liées au suivi par la mammographie dans les 36 derniers mois (Tableau 17).

Par contre, 8 variables qui pouvaient l'être après l'analyse des résultats par groupe des deux chapitres précédents ne le sont pas. Quatre concernent des variables sociales ou sanitaires : la précarité du Code article 2, les difficultés de déplacement, des cas de cancer du sein chez les proches, avoir fait un test Hemocult dans les 36 mois. Quatre concernent les représentations sur : le rôle du destin dans la survenue du cancer du sein, l'amputation du sein pour soigner le cancer, l'évolution du risque après la ménopause, et le risque lié aux antécédents familiaux.

TABLEAU 17 : VARIABLES LIEES AU SUIVI PAR LA MAMMOGRAPHIE DANS LES 36 DERNIERS MOIS – analyse univariée

Variables explicatives	Odds ratio brut	p*
Variables favorisant le NON suivi		
Précarité (Score Epices > 28/100)	0,35	<0,0001
Score Epices (en valeur numérique)	0,98	0,0001
Age (en nombre d'années)	0,95	0,004
Consultation du médecin généraliste depuis moins de 6 mois	0,57	0,02
Variables favorisant le suivi		
Consultation du gynécologue dans les 12 mois	8,78	<0,0001
Frottis du col utérin dans les 36 mois	8,54	<0,0001
Ville de Lyon	2,33	0,0002
Craint pas mal ou beaucoup le cancer	2,31	0,0003
Toutes les femmes peuvent avoir un cancer du sein	3,26	0,001
Consultation du dentiste depuis 2 ans	2,64	0,001
Vit en couple	1,93	0,005
Aime bien faire des bons repas (à peu près ou tout à fait)	2,01	0,01
Mammographie utile même si on ne voit rien et on ne sent rien au sein	2,91	0,01
Important ou très important de se préoccuper de son apparence physique	2,06	0,02
Important ou très important de faire régulièrement de l'exercice physique	1,94	0,02
Pratique du sport ou de l'exercice depuis 12 mois	1,71	0,02
Antécédents de maladie du sein	2,24	0,02
Diplôme baccalauréat ou plus	1,75	0,05
Cas de cancer du sein dans la famille	1,79	0,06

* p = degré de significativité : significatif s'il est inférieur ou égal à 0,05

** OR = rapport du nombre de suivies au nombre de non suivies quand le facteur est présent ; facteur de suivi si OR>1, de non suivi si OR<1

Les quatre sous-modèles intermédiaires sont les suivants :

1. Variables "obligatoires" : score de précarité (en valeur numérique) (OR=0,97), ville (Lyon) (OR=2,60), âge (OR=0,94), toutes très significatives (<0,01).

Si on remplace le score lui-même par les deux classes de précarité utilisées lors des précédentes analyses (1 = score élevé > 28/100, 0 = score bas), l'OR du score élevé est de 0,32 et les autres OR sont très voisins. Les deux modalités de prise en compte du score sont donc voisines. Comme il s'agit d'une variable numérique, il est préférable de la garder sous cette forme.

2. Variables socio-démographiques, sanitaires et mode de vie : 4 variables sont significatives (p entre 0,01 et 0,03) : antécédents de maladie du sein (OR=2,42), aimer faire des bons repas (OR=2,02), vivre en couple (OR=1,78), avoir fait du sport ou de l'exercice dans les 12 mois (OR=1,75). Quatre variables non significatives ont été éliminées : souci de l'apparence, souci de faire de l'exercice, diplôme, antécédents familiaux de cancer du sein.
3. Utilisation des services de santé : 2 variables sont très significatives ($p < 0,001$) : le gynécologue consulté depuis moins d'un an (OR=4,56) et le frottis du col depuis 36 mois (OR=4,14). Deux variables non significatives ont été éliminées : consultation du médecin généraliste depuis moins de 6 mois, consultation du dentiste depuis 2 ans.
4. Représentations : 2 variables sont très significatives ($p = 0,01$) : craindre le cancer (OR=2,20), et penser que toutes les femmes ont un risque de cancer du sein (OR=3,68). La variable sur l'idée qu'il faut faire une mammographie même si on ne voit rien et on ne sent rien au sein n'est plus significative et est éliminée.

Le modèle final regroupant les quatre sous-modèles est le suivant. Il est bâti sur les 316 enregistrements complets (214 suivies et 102 non suivies), 36 enregistrements comportant au moins une non réponse étant éliminés de l'analyse. Le suivi par la mammographie dans les 36 mois est expliqué par 6 variables, chacune étant très significative indépendamment des autres (Tableau 18) :

1. Le score de précarité est un facteur de NON suivi ($p = 0,004$) : l'OR ajusté est de 0,98. Cet Odds ratio correspond à la probabilité de non suivi pour un point supplémentaire de score. Pour une augmentation de 10 points de score, l'Odds ratio est de 0,82 soit l'intervalle de confiance [0,71-0,94]. Autrement dit, la proportion de femmes suivies baisse de 6% à 29% quand le score augmente de 10 points.
2. Habiter à Lyon plutôt qu'en Savoie est un facteur de suivi ($p < 0,0001$) : l'OR ajusté est de 3,76.
3. La consultation du gynécologue dans les 12 derniers mois est un facteur de suivi ($p = 0,0001$) : l'OR ajusté est de 4,40.
4. Avoir fait un frottis du col dans les 36 derniers mois est un facteur de suivi ($p = 0,0001$) : l'OR ajusté est de 4,37.
5. Penser que toutes les femmes peuvent avoir un cancer du sein (être plutôt ou tout à fait d'accord avec cette affirmation) est un facteur de suivi ($p = 0,004$) : l'OR ajusté est de 4,30.
6. Craindre le cancer (pas mal ou beaucoup) est un facteur de suivi ($p = 0,005$) : l'OR ajusté est de 2,41.

Il est à noter que les OR ajustés diffèrent des OR bruts du Tableau 17, car ils mesurent l'importance du seul facteur étudié, indépendamment des 5 autres, alors que les OR bruts mélangent à la fois le rôle propre du facteur et l'effet de confusion possible des autres variables.

L'âge, vivre en couple et faire du sport (variables incluses dans le score de précarité), avoir des antécédents personnels de maladie du sein, aimer faire des bons repas : ces 5 variables ayant un rôle de facteur de confusion ont été éliminées du modèle car elles sont devenues non significatives.

TABLEAU 18 : FACTEURS LIES AU SUIVI PAR LA MAMMOGRAPHIE DANS LES 36 MOIS
Modèle final de la régression logistique

Facteurs	p*	Odds ratio** ajusté	Intervalle de confiance de l'OR à 95%***
Score de précarité (<i>facteur de non suivi</i>)	0,004	0,98	[0,97-0,99]
Ville (Lyon)	<0,0001	3,76	[1,99-7,12]
Consultation du gynécologue dans les 12 derniers mois	0,0001	4,40	[2,11-9,21]
Frottis du col dans les 36 derniers mois	0,0001	4,37	[2,20-8,70]
Toutes les femmes peuvent avoir un cancer du sein : d'accord	0,004	4,30	[1,61-11,47]
Craindre le cancer	0,005	2,41	[1,31-4,43]

* p = degré de significativité : significatif s'il est inférieur ou égal à 0,05

** OR = rapport du nombre de suivies au nombre de non suivies quand le facteur est présent ; facteur de suivi si OR>1, de non suivi si OR<1

*** Intervalle dans lequel l'OR réel a 95% de chances de se trouver

ANALYSE DE LA REGRESSION MULTIPLE

Les 6 facteurs explicatifs sont liés de façon hautement significative au suivi par mammographie. 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 entre non suivi et **score de précarité** 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 entre suivi et **ville (Lyon)** plutôt que Chambéry) ne peut être totalement assimilée au rôle du programme de dépistage organisé, même si le programme en est une composante. En effet, les consultantes des CES de Lyon et de Chambéry diffèrent par d'autres caractéristiques culturelles, 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.
- Les facteurs "**consultation du gynécologue** dans l'année" et "**frottis** du col dans les 36 mois" montrent 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 entre non suivi et consultation du médecin généraliste depuis moins de 6 mois, qui disparaît en analyse multivariée, n'indique pas que le médecin généraliste déconseille le dépistage. Il est vraisemblable qu'un suivi plus fréquent par le gynécologue s'accompagne d'un suivi moins fréquent par le médecin généraliste et réciproquement. Cela suggère que le médecin généraliste doit moins recommander (ou prescrire quand il n'y a pas de programme) la mammographie que le gynécologue.

- La **crainte du cancer** et la croyance que le risque de cancer du sein **concerne toutes les femmes** montrent l'importance de la conviction personnelle dans le suivi.

Ces facteurs sont à rapprocher de ceux analysés lors du Baromètre santé de 1995/96 :

- En analyse univariée, 6 variables étaient liées au suivi par mammographie dans les 36 derniers mois : l'âge (69 ans étant la limite supérieure de l'échantillon), le niveau d'études, la fréquence des consultations médicales, la crainte du cancer, le département (existence d'un programme de dépistage organisé), et le frottis du col.
- Dans le modèle final de la régression logistique, élaboré sur les réponses de 295 femmes, 4 variables étaient très significatives (le niveau d'études supérieur au Bac, la réalisation d'un frottis depuis 2 ans, la crainte du cancer, et aimer fumer) et deux étaient à la limite de la signification : le département (existence d'un programme de dépistage organisé) et avoir une personne proche malade ou accidentée dans les 12 derniers mois.

La précarité n'était pas prise en compte dans ce modèle, et toutes les variables incluses ne sont pas les mêmes, mais il est notable de constater que le frottis et la crainte du cancer sont très significatifs dans les deux cas. Ces deux facteurs sont donc de bons prédicteurs du suivi par mammographie.

Par contre, les variables socio-démographiques (âge, profession) et l'expérience du cancer, personnelle ou dans l'entourage, ne ressortent pas comme facteurs déterminants chez les consultantes des CES.

RESULTATS 6 : LA MAMMOGRAPHIE ET LE PROGRAMME DU RHONE

Dans ce chapitre sont d'abord analysées les réponses des femmes suivies sur leur analyse de **la dernière mammographie** (conditions, motifs, qualité perçue). Les réponses des suivies non précaires sont indiquées puis les différences avec les suivies précaires sont examinées. La réponse à la question ouverte est analysées ensuite.

Dans la seconde partie du chapitre, sont analysées les réponses de toutes les femmes sur l'utilité d'un **programme de dépistage organisé** et leur niveau d'information, puis la réception par les femmes suivies du Rhône de la communication du programme de dépistage organisé.

6.1 : MOTIF ET QUALITE PERCUE DE LA DERNIERE MAMMOGRAPHIE

→ Les suivies non précaires :

Les résultats indiqués ici sont donc ceux des suivies non précaires (SNP), qui est majoritaire dans les CES avec 4 consultantes sur 5.

Mammographie diagnostique : 19% des SNP ont fait leur dernière mammographie en réponse à un problème découvert à un sein.

Mammographie dans le cadre d'un programme de dépistage : Cette question ne concernait que les Lyonnaises : 61% des SNP déclarent avoir fait leur mammographie dans le cadre d'un programme. Pour celles-ci, 43% déclarent que leur médecin les a incité au dépistage.

Prescription de la mammographie hors programme :

- Pour les Lyonnaises qui ont dit avoir fait cette mammographie hors campagne, qui leur a prescrit ? Le gynécologue est le premier prescripteur (59%), devant le médecin généraliste (22%), mais les effectifs de ce groupe sont faibles (46 femmes).
- Pour les Savoyardes, le gynécologue est le premier prescripteur de mammographies (79%), le médecin généraliste étant loin derrière (13%).
- Cette prescription est parfois influencée par la femme elle-même qui la demande à son médecin : c'est le cas pour 18% des Savoyardes, et 30% des Lyonnaises (différence presque significative, $p=0,06$).

Motifs de participation à la mammographie : Les suivies devaient choisir le ou les (maximum 4) **motifs qui les ont décidées** à faire leur dernière mammographie. Elles en ont choisi en moyenne 2,6 à Lyon (378 réponses pour 144 femmes), et 1,6 à Chambéry (148 réponses pour 92 femmes).

- Pour les Lyonnaises, les deux motifs les plus souvent cités sont la lettre d'invitation (55% des femmes SNP) et le conseil du médecin (52%). Viennent ensuite la facilité (44%) et la

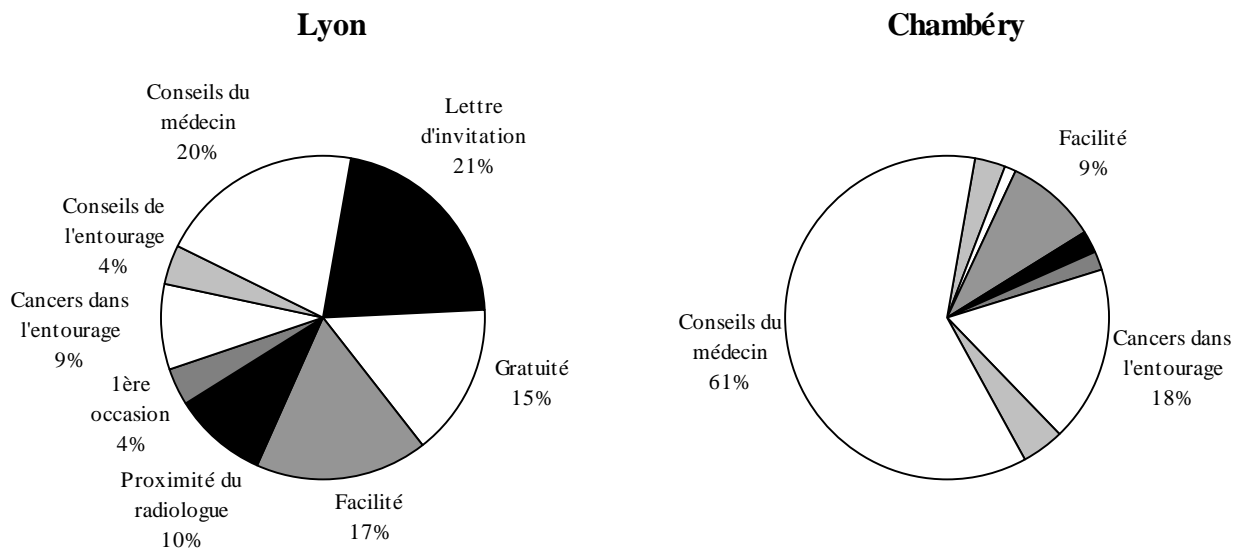
gratuité (39%). Puis la proximité du radiologue (24%) et l'existence de cas de cancer dans l'entourage (22%). Le conseil de l'entourage et le fait que c'était une première occasion de faire une mammographie sont les moins cités (10% et 9% des femmes SNP). Enfin, 6% des femmes ne citent aucun de ces motifs comme déclencheur de leur mammographie.

- Pour les Savoyardes, le premier motif est le conseil du médecin (61% des femmes SNP), car il n'y a pas de programme de dépistage en Savoie. L'existence de cas de cancer dans l'entourage est loin derrière puisqu'il n'est cité que par 18% des femmes, ainsi que la facilité (9%). Tous les autres motifs sont très rarement cités.

Parmi ces motifs, le **motif prioritaire** a été indiqué par les femmes enquêtées (Graphique 27) :

- Pour les Lyonnaises, deux motifs arrivent en tête : la lettre d'invitation de l'Ademas-69 (33%) et le conseil du médecin (30%). Suivent ensuite à un niveau inférieur le fait qu'il y a eu des cas de cancers dans l'entourage (11%), la facilité (8%), la gratuité (6%), le fait que c'était une première occasion de faire une mammographie (6%). Les deux derniers motifs (conseil de l'entourage, radiologue pas loin) sont très rarement cités. Les trois motifs attribuables au programme de dépistage organisé (lettre d'invitation + gratuité + facilité) représentent donc l'élément déclencheur d'une mammographie sur deux.
- Pour les Savoyardes, le conseil du médecin est prépondérant (79%), suivi du fait qu'il y a eu des cas de cancer dans l'entourage (16%). Tous les autres motifs sont rarement cités.

Graphique 27 : Le premier motif qui vous a décidée à faire la mammographie
(suivies non précaires code article 2)



La qualité perçue de la dernière mammographie a été analysée par 8 questions. Toutes recueillent un haut niveau de satisfaction ("très bien" ou "bien").

- Les réponses sont quasi-unanimes pour le **choix du radiologue** (95% de bien ou très bien), le délai de rendez-vous (96%), l'accueil chez le radiologue (91%) et le délai pour avoir le résultat (92%).

- De même pour la **non pénibilité de la mammographie** : 54% de "pas du tout pénible", 38% de "un peu pénible", soit 92% au total.
- Trois items sont à un niveau de satisfaction un peu moindre : le **temps d'attente chez le radiologue** (85% de bien ou très bien), les **explications sur l'envoi des résultats** (79%), et la **clarté des explications dans la lettre donnant le résultat** (75%).

Les appréciations diffèrent entre Lyon et Chambéry pour :

- le temps d'attente chez le radiologue, plus satisfaisant à Lyon (90% de bien ou très bien) qu'à Chambéry (79%, $p=0,05$).
- le délai pour avoir le résultat, plus souvent qualifié de "très bien" à Chambéry qu'à Lyon (70% contre 45%), mais la proportion des mécontentes est identique et faible (7%) ($p=0,004$).
- la clarté des explications dans la lettre donnant le résultat, plus souvent qualifiée de "moyenne" ou "mauvaise" à Chambéry (29%) qu'à Lyon (15%, $p=0,04$).

Le fait d'**être radiographiée par un homme ou une femme** est indifférent pour une majorité de femmes (79%), alors que 18% préfèrent être radiographiées par une femme, et 3% par un homme.

→ Les suivies précaires :

Les réponses des femmes précaires selon le **Code Article 2** ne diffèrent de celles des non précaires sur aucune question.

Pour les femmes précaires selon le **Score de précarité** (supérieur à 28/100), deux items de qualité de la mammographie diffèrent des SNP :

- Le **délai pour obtenir le rendez-vous chez le radiologue** est jugé moins bon par les femmes précaires ($p=0,007$) : 9% des précaires contre 1% des SNP jugent ce délai moyen ou mauvais. Ce jugement est plus marqué à Chambéry (23% des précaires mécontentes) qu'à Lyon (3%).
- Les **explications sur l'envoi des résultats** sont jugées moins bonnes à Lyon par les femmes précaires ($p=0,03$) : 29% des précaires contre 13% des SNP jugent ces explications moyennes ou mauvaises.

→ La question ouverte sur la mammographie :

Une question ouverte permet également d'analyser la qualité perçue de la mammographie (Tableau 19). 32 femmes ont répondu, soit 13% des enquêtées ayant fait au moins une mammographie depuis le 1/1/1997. Pour que la mammographie se passe mieux, 8 femmes voudraient que l'on utilise des appareils qui "*ne compriment pas les seins*", ou mieux adaptés à la taille des patientes. La deuxième proposition (6 femmes) porte sur l'amélioration de l'accueil du radiologue ("*plus chaleureux*", "*plus de psychologie*"...).

Tableau 19 : "Avez-vous des propositions pour que la mammographie se passe mieux?"

	Nombre
Diminuer la pénibilité physique de la mammographie	8
Améliorer l'accueil et le contact chez le radiologue	6
Avoir plus de clichés, et les communiquer aux patientes	5
Donner davantage d'explications	4
Personnel plus motivé	3
Autres propositions ou satisfaction générale	6
Total	32

6.2 : LE PROGRAMME DE DEPISTAGE ORGANISE

→ Les données de l'Ademas-69 :

Pour les **Lyonnaises**, des données complémentaires ont été recueillies auprès de l'Ademas-69. Il ressort que :

- Le taux **d'enregistrement à l'Ademas-69** des Lyonnaises est de 93% pour les SNP, et ne diffère pas pour les non suivies et pour les précaires.
- Les non suivies ont été moins souvent **invitées par l'Ademas-69** ($p=0,006$) : 77% d'invitées contre 92% chez les SNP.
- Il n'y a pas de différence des SNP avec les suivies précaires, que ce soit dans le taux d'invitation ou dans le taux de **mammographies réalisées par l'Ademas-69**. Ce taux est de 73% chez les SNP.

→ Utilité d'un programme de dépistage :

La majorité des femmes estiment qu'**un programme de dépistage organisé est très utile**. Les non suivies sont moins nombreuses à le dire ($p=0,05$) : 75% contre 85% des SNP. Les suivies précaires ne diffèrent pas des SNP.

A Lyon, 94% des SNP déclarent qu'un tel programme existe, et les autres groupes ne diffèrent pas. A Chambéry, où il n'y a pas de tel programme, 5% des SNP déclarent qu'il en existe un, 24% disent que non, et la majorité (71%) ne se prononce pas. Les autres groupes ne diffèrent pas.

→ Perception du programme de dépistage du Rhône – précarité code article 2 :

Les questions suivantes n'ont été posées qu'aux Lyonnaises. Les petits effectifs limitent la puissance des tests de comparaison. Pour la précarité du code article 2, les effectifs sont les suivants :

- Le groupe des SNP comporte 119 femmes,
- Les non suivies non précaires sont 43,
- Les suivies précaires sont 25.
- Quant aux non suivies précaires, elles ne sont que 5, ce qui n'autorise pas les tests pour ce groupe.

Six questions explorent la perception par les femmes de leur **niveau d'information sur le programme de dépistage**. Pour les 6 items, la majorité des femmes SNP s'estiment bien ou très bien informées.

- Pour le déroulement de la mammographie, 83% des SNP sont bien ou très bien informées, et les groupes ne diffèrent pas.
- Pour les 5 autres questions, les non suivies s'estiment très significativement moins bien informées :
 - Sur la gratuité : 67% des non suivies sont bien ou très bien informées contre 89% des SNP ($p=0,00007$).
 - Sur la prise en charge : 60% contre 89% des SNP ($p=0,00005$).
 - Pour la transmission des résultats : 42% contre 76% des SNP ($p=0,0001$).
 - Sur les délais pour obtenir les résultats : 42% contre 78% des SNP ($p=0,00003$).
 - Sur l'organisation du programme : 33% contre 68% des SNP ($p=0,00007$).
- Les suivies précaires ne diffèrent pas des SNP.

Deux questions complémentaires analysent la perception par les femmes de leur **niveau d'information sur le traitement et la guérison du cancer du sein**. Pour ces deux questions, à peine la moitié des femmes SNP s'estiment bien ou très bien informées (48% pour le traitement, 44% sur la guérison) et les groupes ne diffèrent pas. Ceci est à mettre en parallèle avec les questions sur les représentations qui montraient qu'une forte majorité des femmes savent qu'il n'est pas nécessaire d'amputer le sein pour soigner un cancer, et qu'on guérit souvent du cancer du sein aujourd'hui.

La perception du programme de dépistage est analysée avec plusieurs indicateurs de reconnaissance.

- Les non suivies déclarent moins souvent **connaître l'Ademas-69** que les SNP ($p=0,000005$) : 16% déclarent la connaître, contre 57% des suivies. Les suivies précaires ne diffèrent pas des SNP. Néanmoins, seules 38% des SNP déclarant connaître l'Ademas-69 peuvent expliquer ce qu'est l'Ademas-69.
- 66% des SNP ont vu des **affiches** parlant du programme de dépistage. Elles sont 51% des non suivies à en avoir vu, mais cette différence n'est pas tout à fait significative ($p=0,06$). Où ces affiches ont-elles été vues ? Chez le médecin d'abord (59%), dans les abribus (19%), chez le pharmacien (9%) ou dans d'autres lieux, incluant le CES (27%). Néanmoins, seules 5% des femmes ayant vu les affiches peuvent les décrire visuellement, et 11% peuvent répéter le message.
- Les non suivies se souviennent moins souvent que les SNP avoir reçu dans les deux dernières années une **lettre d'invitation** de l'Ademas-69 pour le dépistage ($p=0,00002$) : 51% déclarent avoir été invitées, contre 87% des suivies. Les suivies précaires ne diffèrent pas des SNP. Ces résultats sont à rapprocher de l'invitation envoyée par l'Ademas-69 (77% des non suivies, 92% des SNP).
- Pour celles qui disent avoir été invitées, se souviennent-elles d'avoir reçu un **dépliant** d'information ? 57% des SNP disent que oui, contre 36% des non suivies, mais cette différence n'est pas tout à fait significative ($p=0,09$). 82% de celles qui déclarent avoir reçu le dépliant ont trouvé les informations contenues dedans bonnes ou très bonnes.

- A qui les femmes invitées ont-elles **parlé** de ce dépistage ? 46% des non suivies n'en n'ont parlé à personne, contre 18% des SNP ($p=0,02$). Pour celles qui en ont parlé à quelqu'un, la famille vient en premier (32%), avant les amies (19%), le conjoint (18%), et le médecin (14%).

→ Perception du programme de dépistage du Rhône – précarité du Score Epices :

L'analyse a été refaite selon le score de précarité (supérieur à 28/100). Les effectifs sont les suivants :

- Le groupe des SNP comporte 108 femmes,
- Les non suivies non précaires sont 25,
- Les suivies précaires sont 31.
- Les non suivies précaires sont 22, ce qui permet d'inclure ce groupe dans les tests.

Les différences sont les suivantes :

Le niveau d'information sur **le déroulement de la mammographie** serait moins bon pour les non suivies non précaires ($p=0,06$, à la limite de la signification) : 64% s'estiment bien ou très bien informées, contre 82% des SNP.

Pour les 5 autres questions sur le **niveau d'information**, les non suivies, précaires comme non précaires, s'estiment très significativement moins bien informées que les SNP :

- Sur la **gratuité** : 64% des non suivies non précaires se déclarent bien ou très bien informées ($p=0,0001$) et 55% des non suivies précaires ($p=0,00001$) contre 88% des SNP.
- Sur la **prise en charge** : 64% des non suivies non précaires ($p=0,006$) et 41% des précaires ($p=0,002$) contre 84% des SNP.
- Sur la **transmission des résultats** : 40% des non suivies non précaires ($p=0,0005$) et 32% des précaires ($p=0,0005$) contre 74% des SNP.
- Sur les **délais pour obtenir les résultats** : 40% des non suivies non précaires ($p=0,001$) et 32% des précaires ($p=0,0004$) contre 75% des SNP.
- Sur **l'organisation du programme** : 20% des non suivies non précaires ($p=0,00001$) et 36% des précaires ($p=0,006$) contre 69% des SNP.
- Les suivies précaires ne diffèrent pas des SNP.

Pour les questions concernant la **reconnaissance du programme de dépistage** :

- Les non suivies **connaissent moins l'Ademas-69** que les SNP : 20% des non suivies non précaires ($p=0,001$) et 9% des non suivies précaires ($p=0,00006$) la connaissent, contre 60% des SNP.
- De même, elles déclarent moins souvent avoir reçu **d'invitation au dépistage** : 48% des non suivies non précaires ($p=0,00007$) et 55% des non suivies précaires ($p=0,003$) ont reçu l'invitation, contre 86% des SNP.
- Les non suivies précaires ont moins **vu d'affiches** du programme que les SNP et les autres groupes : 36% en ont vu contre 66% des SNP ($p=0,02$). De même, elles ont moins **vu de dépliants** du programme que les SNP et les autres groupes : 33% en ont vu contre 54% des SNP ($p=0,02$). Et elles ont plus souvent **parlé avec personne** de ce dépistage que les SNP et les autres groupes : 67% n'en ont parlé à personne contre 17% des SNP ($p=0,0005$).

→ **Les questions ouvertes sur le programme de dépistage du Rhône :**

Trois **questions ouvertes** permettent de compléter l'analyse du programme de dépistage du Rhône.

La première analyse **ce qui est bien** dans le programme. 101 femmes ont répondu, soit 52% des Lyonnaises. Le nombre total d'avis exprimés est de 124 (Tableau 20).

Tableau 20 : "Dans ce programme de dépistage, à votre avis, qu'est-ce qui est bien ?"

	Nombre	%
La gratuité	35	28
Le caractère préventif	17	14
Le fait d'avoir reçu une invitation	15	12
Les informations apportées	11	9
L'aspect systématique	9	7
Le suivi régulier	9	7
L'accueil et l'organisation	7	6
Une meilleure conscience des risques	5	4
Le caractère rassurant	5	4
Autres aspects (ou non classables)	11	9
Total	124	100

Le thème ressortant en première position (28% des avis) est la gratuité du dépistage. Les thèmes suivant sont relativement vagues : "*la prévention*" (14%), "*l'invitation*" (12%). "*L'information*" (sans précision) est citée dans 9% des cas. L'aspect systématique (toutes les femmes sont informées) et la régularité de l'invitation sont mentionnées assez fréquemment (14% au total). L'accueil et l'organisation sont cités comme points positifs par 7 femmes (6%).

Cette question sur les aspects positifs du programme de dépistage a suscité beaucoup plus de réponses que celles sur les aspects négatifs (35) et sur les points à améliorer (39), ce qui montre que la satisfaction prédomine. Au total, 109 personnes enquêtées ont répondu au moins à l'une des trois questions ouvertes sur la campagne de dépistage.

La seconde question ouverte porte sur ce qui n'est pas bien dans le programme. 35 femmes ont répondu, soit 18% des Lyonnaises. Le nombre total d'avis exprimés est de 41 (Tableau 21).

Tableau 21 : "Dans ce programme de dépistage, à votre avis, qu'est-ce qui n'est pas bien ?"

	Nombre	%
Clichés en nombre insuffisant, examen pas assez approfondi	12	29
Clichés non restitués aux patientes	7	17
Manque d'information, problèmes de communication	7	17
Clarté des résultats	3	7
Attitude du radiologue	2	5
Attente	2	5
Age (devrait concerner les moins de 50 ans)	2	5
Autre ou non classable	6	15
Total	41	100

Le premier motif d'insatisfaction exprimé concerne le fait qu'il n'y a pas assez de clichés et que l'examen n'est pas assez approfondi (29% des avis). Un seul cliché est jugé insuffisant pour déceler un cancer. Le deuxième reproche est que les clichés ne sont pas communiqués aux patientes (17% des avis), "*ce qui ne permet pas de faire des comparaisons avec les anciens clichés*". D'autre part, 7% des avis défavorables portent sur la "*précision*" et la "*clarté*" des résultats. 7 enquêtées jugent l'information ou les explications insuffisantes. 2 d'entre elles pensent que la campagne devrait être élargie aux moins de 50 ans.

La troisième question ouverte porte sur les **améliorations possibles** du programme. 39 femmes ont répondu, soit 20% des Lyonnaises. Le nombre total d'avis exprimés est de 46 (Tableau 22).

Tableau 22 : "Dans ce programme de dépistage, à votre avis, qu'est-ce qui peut être amélioré ?"

	Nombre	%
Faire plus de clichés	11	28
Avoir plus d'explications, d'informations	7	18
Mammographies plus fréquentes	6	16
Améliorer l'organisation	6	15
Que la patiente puisse garder les clichés	5	13
Améliorer la communication	4	10
Autre ou non classable	7	18
Total	46	100

On retrouve les mêmes demandes que pour la question précédente : faire davantage de clichés (24%), et avoir la possibilité de les conserver (13%). 6 femmes pensent également que les mammographies devraient être plus fréquentes ("*en faire plus souvent, comme les frottis*"). Les autres points à améliorer selon les femmes sont l'information ("*mieux expliquer les risques du cancer*", "*recevoir plus d'informations avec l'invitation*"...), l'organisation (attente chez le radiologue) et la communication de la campagne ("*plus de publicité*"...).

6.3 : DISCUSSION SUR LA MAMMOGRAPHIE ET LE PROGRAMME DE DEPISTAGE DU RHONE

→ Variables concernant la mammographie :

Une femme sur cinq déclare avoir fait sa mammographie dans un but diagnostique et non dans le cadre d'un dépistage sans signe d'appel, ce qui correspond aux résultats du Baromètre santé. Deux Lyonnaises sur trois déclarent l'avoir faite dans le cadre du programme de l'Ademas-69.

Dans le cadre d'un dépistage prescrit par le médecin, c'est le gynécologue qui est le plus souvent prescripteur. Ce qui rejoint la constatation faite précédemment que les femmes non suivies avaient plus fréquenté leur médecin généraliste, et moins le gynécologue que les suivies.

Dans le cadre du dépistage dans le programme de l'Ademas-69, un peu moins de la moitié déclarent que leur médecin les a incitées à le faire. Le renforcement du programme par les médecins de ville semble donc pouvoir progresser.

Les motifs de participation illustrent bien la différence entre un département où il y a un dépistage organisé et là où il n'y en a pas :

- A Chambéry, trois femmes sur cinq font leur mammographie suite au conseil du médecin, et une sur cinq y est poussée par l'existence de cas de cancer dans son entourage.
- A Lyon, ces deux motifs ne représentent qu'un tiers des cas. Dans plus de la moitié des cas, c'est bien le programme qui est le facteur déclencheur : recevoir une lettre, la gratuité, la facilité, et le fait que c'est une première occasion de se faire mammographier, sont la façon de l'exprimer.

La qualité de la dernière mammographie est bonne ou très bonne pour une grande majorité de femmes. La pénibilité de la mammographie, qui ressort souvent comme plainte spontanée de la part des femmes (et qui ressort ici dans les questions ouvertes), n'est pas du tout ressentie par plus de la moitié des femmes, et "un peu" par plus d'un tiers. Le sexe de la personne qui fait la mammographie est le plus souvent indifférent, même si une femme sur 5 préfère être radiographiée par une femme.

La précarité, évaluée par le code article 2, n'est liée à aucune des variables mesurées. Par contre, le score de précarité élevé est lié à un délai de rendez-vous chez le radiologue jugé moins bon (surtout à Chambéry), et à des explications sur l'envoi des résultats jugés moins bonnes à Lyon. Il est possible que le délai de rendez-vous long soit lié à une mammographie réalisée à l'hôpital.

Les points d'amélioration possibles sont le temps d'attente chez le radiologue (surtout à Chambéry), l'accueil et une technique de mammographie moins traumatisante, ainsi que les explications sur l'envoi des résultats et la lettre donnant le résultat (surtout à Lyon).

→ Variables concernant le programme de dépistage du Rhône :

Les questions remplies par l'Ademas-69 montrent que le **taux d'enregistrement** est élevé. Les 13 femmes non enregistrées sur 192 sont pour 4 d'entre elles des femmes de juste 50 ans (qui vont être incluses), pour 5 des femmes de 51-54 ans (déménagements ? enregistrements manqués ?), et pour les 4 autres des femmes âgées de plus de 60 ans.

Le **taux d'invitation** est élevé également, puisque sur les 12 non invitées parmi les 179 enregistrées, 11 sont des femmes qui viennent d'être enregistrées et seront invitées très prochainement (10 de 50 ans et une de 52 ans), une seule n'ayant pas été invitée en raison d'une mauvaise adresse.

Ces deux taux, quoique mesurés auprès d'une population "sélectionnée", sont des indicateurs de bon fonctionnement de l'inclusion des femmes dans le fichier de l'Ademas-69 et de la mise à jour du fichier.

Le taux de **mammographies dans le cadre du programme** Ademas-69 est également élevé, puisque sur les 167 femmes invitées, 120 ont fait leur mammographie avec le bon de l'Ademas-69, soit 72%, alors même que l'échantillon interrogé comporte plus de femmes précaires que l'ensemble des consultantes.

A noter que sur les 25 femmes non invitées par l'Ademas-69, 13 ont fait une mammographie hors programme Ademas-69, soit 52%, donc moins que pour celles qui ont été invitées ($p=0,04$).

De plus, 31 des 47 femmes qui n'ont pas répondu à l'invitation de l'Ademas-69 ont fait une mammographie sans prise en charge Ademas-69. Ceci montre que le dépistage hors programme continue et que son importance n'est pas négligeable. Le programme peut même l'alimenter en incitant les femmes à faire des mammographies.

Les femmes estiment en grande majorité leur **niveau d'information sur le programme** de dépistage comme bon ou très bon. Les moins bons scores sont faits pour les items sur la transmission des résultats et les délais des résultats (3 sur 4 bien informées) et sur l'organisation du programme (2 sur 3 bien informées). Ceci recoupe ce qui vient d'être dit sur la transmission des résultats de la mammographie.

Les non suivies se déclarent systématiquement moins informées que les suivies, sur tous les items. Par contre, la précarité, code article 2 ou score Epices, n'a pas de rôle explicatif.

Le nom de l'Ademas-69 est identifié par moins de deux femmes SNP sur trois, ce taux chutant chez les non suivies, particulièrement les précaires. Et moins de la moitié des femmes ayant identifié le nom peuvent expliquer ce qu'elle est réellement.

Les **affiches** du programme ont été vues par deux femmes SNP sur trois. Si la grande majorité se souvient avoir été invitée par le programme, seule la moitié des femmes SNP se souvient du **dépliant**. Pour l'affiche comme pour le dépliant, la mémorisation visuelle ou du message est très faible.

Logiquement, les non suivies se souviennent moins de l'affiche, de la lettre, et du dépliant, mais ce sont surtout les précaires (score élevé) qui ont le moins bien été touchées par ces messages.

L'impact de la campagne de communication de l'Ademas-69 est donc apparemment faible, ce qui est un peu discordant avec le bon niveau d'information général. Cela peut s'expliquer par un biais de mémorisation (les informations moins utiles ou utiles seulement à court terme sont oubliées, surtout dans une population de plus de 50 ans), ou encore par une forme des documents peu "communicante" et qui donc n'a pas marqué. Rappelons que les consultantes des CES sont des femmes qui ont fait la démarche de venir dans un service de santé préventif, donc qui ont le souci de leur santé.

De même, les non suivies, et particulièrement les précaires (score élevé) n'ont **parlé à personne** de ce dépistage qui leur était proposé par lettre. Ce qui à nouveau pose la question du relais par les professionnels, car le passage à l'acte du dépistage se fait d'autant plus que l'information a été relayée par différentes personnes, et les personnes précaires se caractérisent par de moindres relations sociales.

RESULTATS 7 : LA NON PARTICIPATION AU DEPISTAGE

7.1 : PRECARITE – CODE ARTICLE 2

Ces variables ne concernent que les femmes **non suivies** n'ayant pas eu de mammographie depuis 1997. Le Tableau 23 indique la répartition des répondantes à ce groupe de question.

Tableau 23 : Répartition des répondantes aux questions sur l'absence de mammographie depuis 1997 (précarité code article 2)

	NON précaires	Précaires OUI	Total
Lyon	30	2	32
Chambéry	39	17	56
Total	69	19	88

Les effectifs sont faibles, notamment dans le groupe des précaires. De plus, elles ne sont que 2 précaires dans ce groupe à Lyon. Pour éviter des biais dans la comparaison, et pour rester dans les limites de validité des tests statistiques, ces derniers ont été faits :

1. pour le groupe des non précaires, entre Lyon (n=30) et Chambéry (n=39).
2. dans la seule strate de Chambéry entre précaires (n=17) et non précaires (n=39)

Ces petits effectifs limitent bien sûr la puissance des tests et la précision des pourcentages. L'intervalle de confiance binomial exact à 95% est indiqué chaque fois [entre crochets].

1- Les non suivies non précaires de Lyon et Chambéry

Les résultats sont donnés pour les deux groupes confondus, sauf pour les variables où une différence a été identifiée.

Les non suivies sont 21% [14%-30%] à n'avoir jamais fait de mammographie.

Deux questions portent sur la connaissance des recommandations de dépistage et l'adhésion éventuelle à une invitation au dépistage.

- 90% [80%-96%] des non suivies non précaires savent qu'**une mammographie est recommandée à leur âge**.
- **Si elles recevaient une invitation**, 63% [44%-80%] des Lyonnaises déclarent qu'elles **iraient sûrement se faire dépister**, contre 92% [79%-98%] des Savoyardes (p=0,005). La différence tient sans doute au fait que les Lyonnaises ont déjà pour la plupart reçu une invitation, alors qu'il n'existe pas de programme en Savoie.

Seize questions explorent ensuite **les raisons de la non participation au dépistage**.

Les comparaisons entre Lyon et Chambéry montrent souvent des différences en raison d'un nombre élevé de non-réponses chez les Lyonnaises (de 4 à 11 non-réponses selon les questions, contre 0 ou 1 à Chambéry). Dans la mesure où d'une part il s'agit sans doute d'un biais d'interrogatoire (remplissage du questionnaire par l'enquêtrice), et où d'autre part les réponses "oui" sont les plus significatives, les tests ont été effectués en comparant les réponses "oui" aux autres réponses, c'est à dire en regroupant les réponses "non" et "ne se prononce pas".

Les réponses indiquées ci-dessous sont celles des non suivies non précaires des deux strates confondues Lyon et Chambéry (n=69), sauf quand elles répondent différemment (Graphique 28).

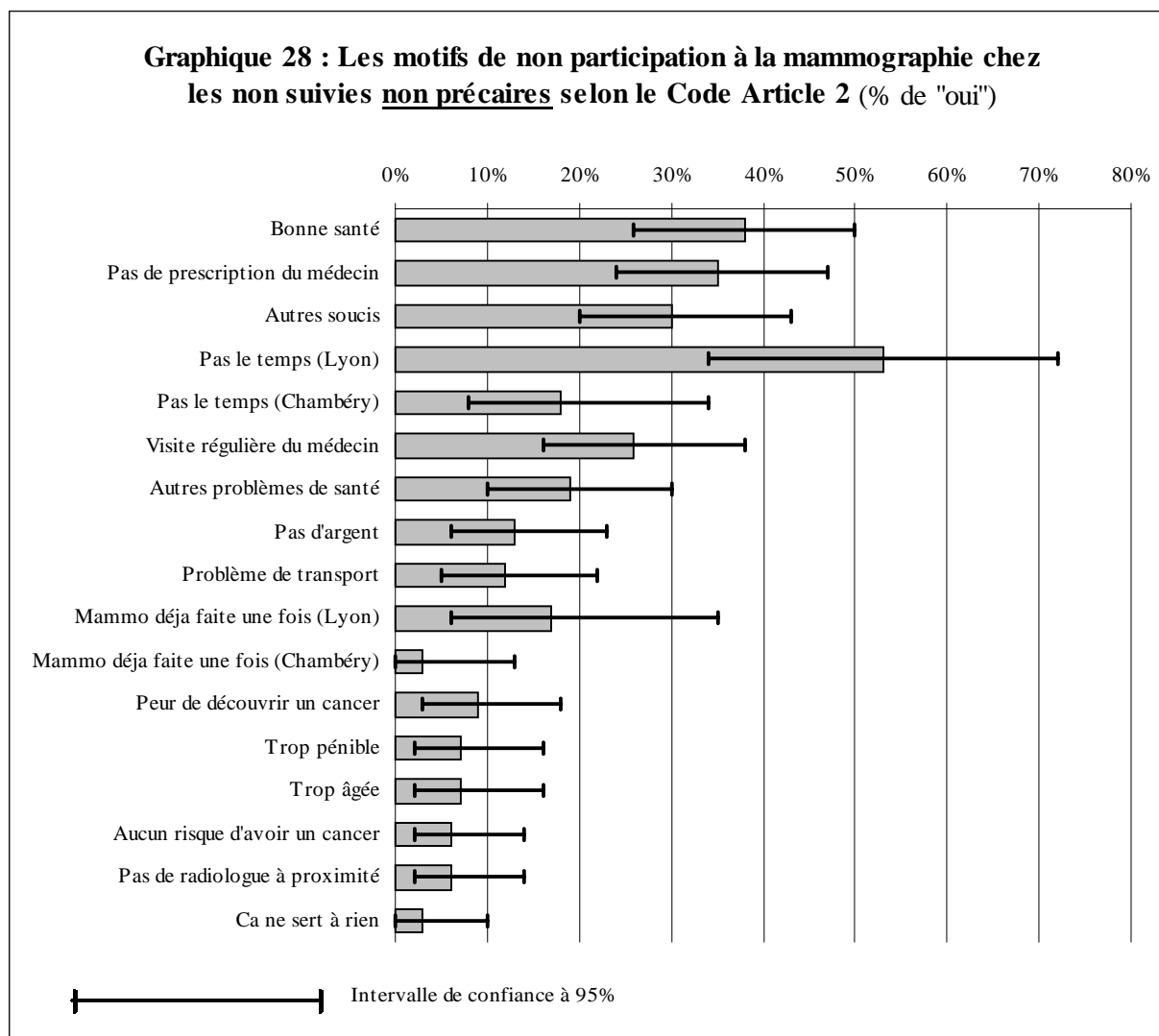
Par ordre d'importance décroissant, **les 6 motifs les plus souvent déclarés** sont :

1. Je suis en bonne santé : 38% [26%-50%],
2. Mon médecin ne me l'a pas prescrit 35% [24%-47%],
3. J'ai d'autres soucis : 30% [20%-43%],
4. Je n'ai pas le temps : 53% [34%-72%] des Lyonnaises contre 18% [8%-34%] des Savoyardes ($p=0,002$),
5. Je vois régulièrement un médecin : 26% [16%-38%],
6. J'ai d'autres problèmes de santé : 19% [10%-30%],

Les 9 autres motifs sont :

1. Je n'ai pas d'argent : 13% [6%-23%],
2. J'ai un problème de transport : 12% [5%-22%],
3. J'en ai déjà fait une et ça suffit : 9% [3%-18%]. La fréquence serait plus importante à Lyon : 17% [6%-35%] à Lyon contre 3% [0%-13%] à Chambéry, mais la différence n'est pas tout à fait significative ($p=0,08$).
4. J'ai peur qu'on me dise que j'ai un cancer : 9% [3%-18%],
5. C'est trop pénible : 7% [2%-16%],
6. Je suis trop âgée : 7% [2%-16%],
7. Je ne risque pas d'avoir un cancer : 6% [2%-14%],
8. Il n'y a pas de radiologue près de chez moi : 6% [2%-14%],
9. Ça ne sert à rien : 3% [0%-10%].

Enfin, 13% [6%-23%] des femmes ne se reconnaissent dans **aucun de ces motifs** de non participation, certaines indiquant simplement "*par négligence*". Elles seraient plus nombreuses à Chambéry : 21% [9%-36%] contre 3% [0%-17%] à Lyon, mais la différence n'est pas tout à fait significative ($p=0,07$).



2- Comparaison entre non suivies précaires et non précaires à Chambéry

Compte tenu du petit nombre de précaires lyonnaises, cette comparaison est la seule possible.

Seule la variable "**pas d'argent**" est significativement différente entre les précaires et non précaires : les non suivies précaires de Chambéry avancent plus souvent le manque d'argent que les non précaires : 35% [14%-62%] contre 8% [2%-21%] des non précaires ($p=0,02$).

7.2 PRECARITE – SCORE EPICES

Compte tenu des différences de classement entre le critère de précarité du code article 2 et celui du score, les non suivies se répartissent différemment, et de façon plus équilibrée entre les précaires et non précaires (Tableau 24). Ce qui permet de les inclure toutes dans les comparaisons.

Tableau 24 : Répartition des répondantes aux questions sur l'absence de mammographie depuis 1997 (précarité = score Epices > 28/100)

	NON précaires	Précaires OUI	Total
Lyon	17	14	31
Chambéry	36	20	56
Total	53	34	87

Le classement suivant le critère du score Epices de précarité met en évidence les différences suivantes :

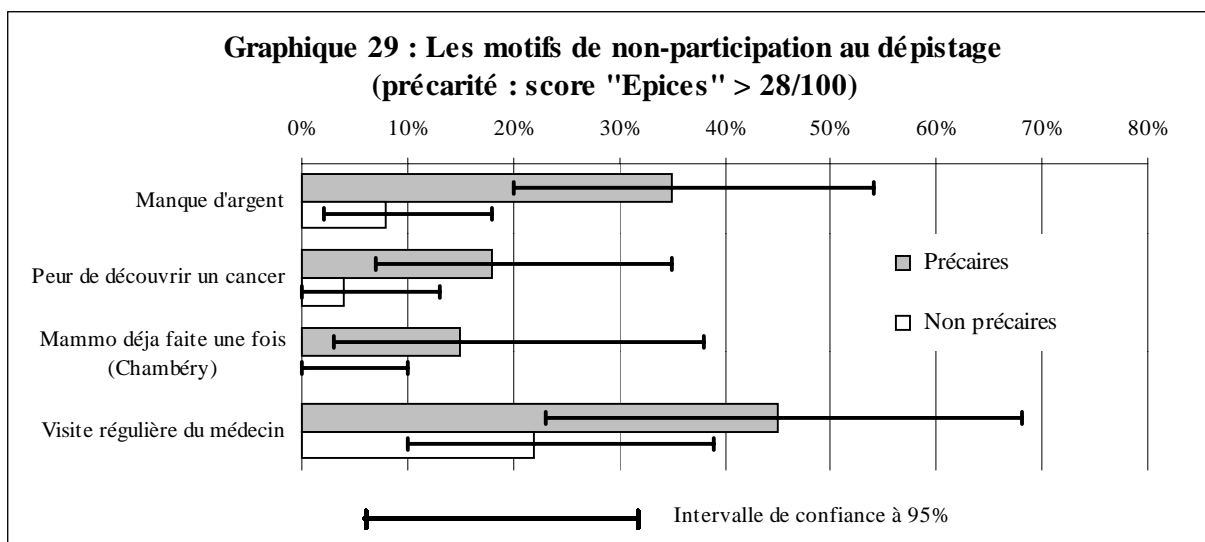
Différences **entre Lyon et Chambéry** :

- **Si elles recevaient une lettre d'invitation**, les non suivies de Chambéry déclarent plus souvent qu'elles iraient "sûrement" faire une mammographie que les Lyonnaises ($p=0,01$), et ce quel que soit leur score de précarité : 93% [83%-98%] à Chambéry, contre 68% [49%-83%] à Lyon.
- Pour les **raisons de non participation** au dépistage, les Lyonnaises déclarent plus souvent le motif "je n'ai pas le temps" que les Savoyardes ($p=0,0002$), quel que soit leur score de précarité : 48% [30%-67%] contre 16% [8%-28%] des Savoyardes.

Quatre **raisons de non participation diffèrent entre précaires et non précaires** (Graphique 29) :

- Les femmes en situation précaire déclarent plus souvent le motif "**je n'ai pas d'argent**" que les non précaires ($p=0,0001$) : 35% [20%-54%] contre 8% [2%-18%] pour les non précaires. Ce phénomène est plus marqué à Chambéry qu'à Lyon.
- Les femmes en situation précaire déclarent plus souvent le motif "**j'ai peur qu'on me dise que j'ai un cancer**" que les non précaires ($p=0,05$) : 18% [7%-35%] contre 4% [0%-13%] pour les non précaires.
- Les femmes en situation précaire de Chambéry déclarent plus souvent le motif "**j'en ai déjà fait une et ça suffit**" que les non précaires ($p=0,04$) : 15% [3%-38%] contre 0% [0%-10%] pour les non précaires.
- Les femmes en situation précaire de Chambéry déclareraient plus souvent le motif "**je vois régulièrement un médecin**" que les non précaires ($p=0,08$, à la limite de signification) : 45% [23%-68%] contre 22% [10%-39%] pour les non précaires.

Pour les autres questions, il n'y a de différence ni entre Lyon et Chambéry, ni entre précaires et non précaires.



7.3 DISCUSSION SUR LA NON PARTICIPATION

L'hypothèse était que les motifs de non suivi pouvaient différer entre Lyon et Chambéry, du fait de la présence d'un programme de dépistage dans le Rhône et de son absence en Savoie. Or les non suivies sont aussi nombreuses dans les deux CES (neuf sur dix) à déclarer savoir qu'une mammographie est recommandée à leur âge.

En fin de compte, une seule différence apparaît clairement dans les **motifs de non participation** (mais les petits effectifs limitaient la puissance des tests de comparaison) : les Lyonnaises mettent plus en avant le motif "**je n'ai pas le temps**". Ce qui peut s'expliquer de deux façons. Soit par le fait qu'elles vivent dans un environnement plus stressant où, malgré la proximité géographique des services de santé, la perception est qu'on a peu de temps disponible. Soit par le fait qu'ayant été invitées par le programme (même si certaines ne s'en souviennent pas), elles invoquent un motif conjoncturel pour expliquer leur non suivi.

La situation de précarité du **code article 2** ne montre qu'une différence dans la seule strate de Chambéry (les effectifs de la strate lyonnaise étant insuffisantes pour permettre la comparaison) : le motif "**je n'ai pas d'argent**" est, logiquement, plus fréquemment avancé chez les précaires.

Le critère du **score de précarité**, portant lui sur les deux strates de Lyon et Chambéry, montre aussi que ce motif est le plus discriminant entre précaires et non précaires. Il est plus souvent affirmé à Chambéry qu'à Lyon, ce qui est normal puisque le programme de dépistage fonctionne sur un système de tiers payant qui le rend gratuit pour la femme.

Les femmes en situation précaire déclarent plus souvent "**j'ai peur qu'on me dise que j'ai un cancer**". Sachant qu'elles ne déclarent pas plus que les non précaires avoir peur du cancer (Cf. Chapitre Résultats 3), on peut interpréter cette réponse comme une plus grande facilité à dire cette peur. Il est sans doute plus facile de mettre en avant des motifs plus vagues tels que "je suis en bonne santé", qui est justement le motif le plus souvent déclaré par toutes les non suivies.

Le motif "**j'en ai déjà fait une et ça suffit**" est plus souvent avancé par les précaires de Chambéry que par les non précaires. Ceci pourrait s'expliquer par une plus grande difficulté des femmes en situation précaire à s'inscrire dans la longue durée, mais ce fait n'est pas retrouvé à Lyon.

En définitive, **les motifs de non participation** les plus souvent avancés tiennent d'une part à la perception d'un bon état de santé et d'un bon suivi médical, et d'autre part à des difficultés conjoncturelles :

- **Bon état de santé perçu et bon suivi médical** : "je suis en bonne santé", "mon médecin ne me l'a pas prescrit", "je vois régulièrement un médecin" sont trois des motifs les plus souvent avancés. Autrement dit, je ne suis pas trop concernée par ces problèmes, même si par ailleurs (cf. Chapitre Résultats 4) je sais que toutes les femmes ont un risque de cancer. Les formules "je ne risque pas d'avoir un cancer" ou "j'ai peur qu'on me dise que j'ai un cancer" sont peut-être trop brutales pour être adoptées par de nombreuses femmes, mais au fond elles se rejoignent. Le problème du cancer du sein est donc mis à distance. Pour ces femmes, plus d'information, ou une information plus dramatisée, risquerait de renforcer le déni du problème.
- **Difficultés conjoncturelles** : "je n'ai pas le temps", "j'ai d'autres soucis", j'ai d'autres problèmes de santé", et pour les femmes en situation précaire "je n'ai pas d'argent". Ces femmes pourraient peut-être participer si leur motivation était plus grande et dépassait les difficultés du quotidien.
- Mais pour les autres, **aucun des motifs** indiqués n'apparaît déterminant, comme si les motifs de non suivi n'avaient pas été réfléchis et formulés. Certaines ont ajouté "par négligence".

Ce sujet reste difficile à aborder avec les femmes non suivies, car à la question de leur participation éventuelle si elles recevaient une lettre d'invitation, seules 2% affirment qu'elles ne participeraient "sûrement pas", et seules 5% se risquent à dire "peut-être".

7.4 ANALYSE DES MOTIFS DE NON PARTICIPATION EN COMPOSANTES MULTIPLES

Pour compléter l'analyse, les 15 motifs de non participation ont fait l'objet d'une analyse en composantes multiples (ACM) afin d'étudier les **corrélations entre les différentes réponses**. Comme indiqué lors de l'ACM sur les représentations, l'ACM permet de résumer l'information des 15 variables en un nombre plus petit d'axes calculés, mais il faut ensuite les interpréter.

Le premier axe sur les 8 significatifs contribue pour 89% de la variance totale, le 2^{ème} axe étant très loin derrière avec 2%. Les autres axes contribuent chacun pour moins de 1% de la variance et ne sont donc pas intéressants.

Le **premier axe**, de loin le plus explicatif, oppose les réponses "NSP" aux réponses "oui" ou "non" pour les 15 questions. Les **non réponses** sont donc fortement corrélées entre elles. Comme ce sont des non-réponses, il est difficile de les interpréter : absence d'intérêt pour le sujet ? Difficulté à indiquer des motifs qu'elles n'ont pas explicitement formulés ? Ou prudence, peur de dire des choses que l'enquêtrice pourrait trouver désagréables ? Ce sont les hypothèses principales.

Les variables socio-démographiques et sanitaires projetées sur cet axe permettent d'éclairer un peu cette question. Les non-réponses sont corrélées notamment :

- au CES de Lyon (ce qui correspond sans doute à un biais d'interrogatoire, on l'a vu),
- à l'absence de profession et à la non-réponse pour la profession,
- au diplôme supérieur au Baccalauréat,

- à la réponse "sûrement pas" ou la non-réponse à la question sur le fait d'aller faire une mammographie en cas d'invitation,
- au fait de ne pas avoir de médecin généraliste, d'avoir vu son gynécologue depuis 6 à 12 mois, d'avoir fait un frottis du col dans les 36 mois.

Ceci suggère que les femmes ne répondant pas aux raisons de leur non suivi seraient des femmes **sur la défensive** par rapport à la mammographie et au cancer du sein, puisqu'elles n'iraient pas en faire une si on leur proposait, mais cependant pas fermées à la prévention puisqu'elles font des frottis, ni opposées à la médecine, puisqu'elles sont bien suivies par leur gynécologue. Une autre hypothèse est qu'elles ne souhaitent pas s'étendre sur ce sujet, se sentant peut-être en faute et n'ayant pas vraiment de "bonnes" raisons pour expliquer leur attitude. Leur non suivi pourrait alors s'expliquer par une sorte de négligence.

Il est difficile de tirer des conclusions pour ce premier groupe, les "**non répondantes**", mais leur attitude de retrait les rend vraisemblablement peu accessibles à la prévention systématique par lettre d'invitation.

Le 2^{ème} **axe** mérite commentaire malgré sa faible valeur explicative puisque c'est le seul qui permette de classer les répondantes. Il oppose deux tendances :

- Du côté +, les réponses qui contribuent le plus à l'axe sont les "oui" aux motifs suivants : problème de transport, autres soucis, pas d'argent, pas de radiologue, pas le temps, autres problèmes de santé, trop âgée, le médecin ne me l'a pas prescrit.
- Du côté – , les réponses qui contribuent le plus sont le motif "ça ne sert à rien", et les réponses "non" aux motifs "autres soucis" et "problème de transport".

Les autres variables générales projetées sur cet axe sont les suivantes :

- Du côté + se projettent les femmes qui ont "tout à fait" confiance dans les médecins, qui ont des antécédents de maladie du sein, qui n'ont pas de problème de santé chronique, qui ont vu leur gynécologue depuis moins de 6 mois, qui aiment "tout à fait" faire des bons repas, pour qui l'exercice physique est "tout à fait" important et qui le pratiquent. Les principales variables socio-démographiques se projetant sur ce côté + sont : l'âge entre 60 et 64 ans, l'absence de diplôme, ou la profession employée.
- Du côté – se projettent les femmes qui ne craignent "pas du tout" le cancer ou "un peu", qui viendraient "peut-être" si on les invitait à un dépistage, qui pensent qu'un programme de dépistage organisé est "peu utile" ou "inutile", qui n'ont "pas du tout" confiance dans les médecins, qui ont un problème de santé chronique, des difficultés de déplacement importantes, qui ont vu leur médecin généraliste depuis moins de 6 mois, et leur gynécologue depuis 6 à 12 mois, qui n'ont pas fait de frottis dans les 36 derniers mois, qui aiment "un peu" faire de bons repas, pour qui l'exercice physique n'est "pas du tout" important, de même que l'apparence physique. Les principales variables socio-démographiques se projetant sur ce côté sont : le diplôme (baccalauréat) et l'exercice de professions intermédiaires ou cadre supérieur.

L'axe 2 peut donc être interprété comme l'opposition entre deux tendances :

1. Les femmes qui donnent des **motifs de non participation conjoncturels ou de logistique** (temps, argent, transport, radiologue, autres soucis) ou dus à l'absence de prescription du médecin. Elles sont très bien suivies par leur gynécologue, et il leur paraît peut-être que celui-ci leur aurait prescrit s'il l'avait jugé nécessaire.

2. Celles qui **ne croient pas à la mammographie** et ne se cachent pas derrière des motifs conjoncturels. Elles ont peu confiance dans le corps médical, mais elles sont bien suivies, notamment par leur médecin généraliste, car elles ont des problèmes de santé chroniques. Elles se sentent peu concernées par le cancer. On pourrait dire que pour elles la non participation serait "structurelle" plus que "conjoncturelle".

Il est à noter que ni le Code article 2, ni le Score Epice de précarité ne sont significativement corrélés à ces axes.

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

1. Les femmes qui n'avancent **aucun motif**, groupe le plus important qui semble être composé de femmes **sur la défensive** par rapport à la mammographie ou au cancer du sein, ou au moins qui ne savent pas ou ne veulent pas argumenter leur absence de suivi. Il n'y a pas d'opposition 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 sur 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.
2. 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 pour ces femmes 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.
3. 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 le groupe le moins accessible au dépistage et une lettre d'invitation ou une affiche publicitaire, n'aurait 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 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 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 que peu ont osé 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. 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.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Cette étude auprès de **femmes de 50 à 74 ans** qui consultent dans les **Centres d'examens de santé de Lyon et Chambéry** avait pour objectif principal de mesurer la répartition des facteurs d'adhésion et de résistance au dépistage du cancer du sein, afin d'améliorer la communication sur ce dépistage et d'augmenter ainsi la participation. 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.

L'analyse des données générales recueillies auprès de 1180 consultantes des deux CES, et des données approfondies recueillies auprès de 352 consultantes permettent de conclure sur les points suivants.

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, le Code Article 2 et le Score Epices

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 en fait 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 en Savoie elles vivent plus souvent en zone rurale.
- 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, seuls 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 assimilée 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 entre le suivi, la crainte du cancer et la croyance au fait que le risque de cancer du sein concerne toutes les femmes montre 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 à Lyon 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 bien plus discriminant que le Code Article 2 en ce qui concerne le dépistage du cancer du sein. Il est donc suggéré aux CES **d'adopter en routine la mesure du Score Epices**, dont la concordance avec le Code Article 2 est faible, pour mieux identifier les femmes vulnérables.

Toutefois, ce score s'obtient par calcul à partir des réponses à 11 questions, ce qui pose deux problèmes :

1. Le premier est celui de l'acceptabilité des questions. Certaines peuvent paraître indiscrettes (êtes-vous propriétaire de votre logement, avez-vous pris des vacances...), avec un risque de non réponses. Ce qui renvoie à l'organisation du circuit d'accueil, pour les éviter.
2. Le second est le calcul automatique du score pour pouvoir ainsi en tenir compte durant la consultation au CES. Aujourd'hui, le score est calculé automatiquement, mais pas toujours disponible au moment de la consultation. De plus, en cas d'une seule non réponse, le score n'est pas calculé. Il serait souhaitable de pouvoir le calculer même en cas d'une ou deux non réponses.

La mesure du score de précarité permettra 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, qui ont le moins confiance dans les médecins.

La 2ème recommandation concerne la référence des femmes non suivies. Aujourd'hui, elles sont renvoyées vers leur médecin généraliste, qui lui-même doit prescrire la mammographie, et

adresser la femme à un radiologue. Ce circuit long est sans doute peu efficace, d'autant qu'il apparaît d'une part que le médecin généraliste est fréquemment consulté par les femmes non suivies, et d'autre part que le fait d'être bien suivie par son médecin est un argument fréquent de non participation au dépistage.

Il apparaît donc préférable de raccourcir le circuit et de **référer les non suivies directement à la structure gestionnaire du dépistage organisé**, d'autant que la prescription du médecin est amenée, sinon à disparaître, du moins à diminuer fortement, puisque le dépistage systématique va être généralisé prochainement à tous les départements. Cette référence directe n'est pas possible selon le mode de fonctionnement des CES aujourd'hui. Par contre, il est possible de **créer une fiche d'information** très simple, 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. Compte tenu du fait que certaines femmes consultent le CES du département voisin, il serait utile de prévoir en plus petits caractères les numéros de téléphone des organismes gestionnaires des départements limitrophes.

En ce qui concerne les femmes suivies, qui sont la grande majorité des consultantes des CES, 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**

Recommandations pour l'Adémas-69 et 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**, et de les tester auprès des femmes avant de les utiliser. La redondance de l'information, reçue de plusieurs sources, sous des formes différentes, est un élément important pour obtenir l'adhésion des femmes. Les femmes en situation précaires 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 consultantes 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 des femmes 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 de communication que sont la féminité, la beauté, la forme ou la jeunesse**.

Les représentations sur le rôle des émotions, des chocs émotionnels, des traumatismes physiques, dans la genèse des cancers du sein, sont majoritaires alors qu'elles ne reposent sur

aucune base scientifique. Mais il est inutile de les contrarier, puisqu'elles n'ont pas de conséquence négative, voire elles peuvent inciter les femmes à adhérer au dépistage.

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 :

- 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.
- Insister sur **la répétition et la régularité** de la mammographie, à savoir que cette réassurance donnée par un résultat négatif est valable seulement pour une durée limitée : l'idée que le dépistage empêche l'apparition d'un cancer est partagée par un quart des consultantes des CES.
- 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.
- **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 à ces différents publics :

- Aux "sceptiques" on peut **montrer les qualités de la mammographie**, expliquer que la radio 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** (sans s'empêtrer dans la complexité du rôle carcinogène des rayons X, extrêmement faible à ces doses).

ANNEXES

ANNEXE 1 : LE SCORE EPICES

ANNEXE 2 : LES QUESTIONNAIRES DE LYON ET DE CHAMBERY

ANNEXE 3 : BIBLIOGRAPHIE

ANNEXE 1 : LE SCORE EPICES

Le score EPICES de mesure de la précarité suivant plusieurs dimensions a été mis au point par une étude dans plusieurs CES (Cf. bibliographie).

Questionnaire EPICES :

Q1) Vivez- vous en couple ?

Q2) Etes-vous propriétaire de votre logement ?

Q3) Y-a-t-il des moments dans le mois ou vous ne pouvez pas acheter la nourriture dont vous avez besoin parce que vous n'avez pas assez d'argent ?

Q4) Bénéficiez-vous une d'une assurance maladie complémentaire (hors CMU)?

Q5) Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?

Q6) Vous est-il arrivé d'aller au spectacle, au cinéma au cours des 12 derniers mois ?

Q7) Vous est-il arrivé de partir en vacances au cours des 12 derniers mois ?

Q8) Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?

En cas de difficultés (financières, familiales, de santé ...) y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour :

- Q9 Vous héberger quelques jours en cas de besoin ?
- Q10) Vous apporter une aide financière (y compris prêt ..) ?

Q11) Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistante sociale, éducateur) ?

OUI = 1

NON = 0

Calcul du Score EPICES :

Ultérieurement, dans un souci de "lisibilité", les coefficients et la constante ont été adaptés pour obtenir un score allant de 0 à 100, que nous utilisons dorénavant. Pour avoir un score variant de cette manière, utilisez la formule suivante:

Score EPICES = 75,14 -8,28*Q1 -8,28*Q2 +14,80*Q3 -11,83*Q4 -6,51*Q5 -7,10*Q6 -7,10*Q7 -9,47*Q8 -9,47*Q9 -7,1*Q10 +10,06*Q11

Le score varie de 0 à 100.

ANNEXE 2 : LES QUESTIONNAIRES DE LYON ET DE CHAMBERY

Le questionnaire de Lyon est présenté dans les pages suivantes.

Le questionnaire de Chambéry ne comportait pas les questions suivantes :

- Série B : toutes les questions (B1 à B4)
- Série M : questions M2 et M3.
- Série C : questions C3 à C23

***** C.E.S. DE LYON - QUESTIONNAIRE *****

LES FEMMES DE 50-74 ANS ET LES MALADIES DU SEIN

VERSION 4L - 29 juin 2000

Ne rien inscrire

A1- N°

A2- CES : 1- Baraban 2- Narvik (3- Chambéry)

Numéro du questionnaire : (numéroter en continu à partir de 1)

Partie à remplir à l'accueil (A3 à A9)

pour toute femme ayant entre 50 ans (née en **1950** ayant fêté son 50^{ème} anniversaire)
et 74 ans (née en **1925** jusqu'à la veille de son 75^{ème} anniversaire)

A3- **Date du questionnaire** :/... .. /2000 ou tampon :A5- **Date de naissance** :/...../19.....A4- **Code article 2** : |_|_|

A6- **Si vous travaillez ou avez travaillé, quelle est ou était votre profession ?**
 (celle que vous avez exercée le plus longtemps).

.....
*Ne pas remplir - Codage A6 : |_|*A7- **Avez-vous déjà fait une mammographie (radiographie des seins) ?**n- Non : → *passez à la question A9*y- Oui : → A8- **Quelle était la date de votre (dernière) mammographie ?**

mois : année :

A9- **Etes-vous d'accord pour répondre à quelques questions concernant les maladies du sein ?** *Coder le motif en cas de non-réponse :*

0- accepte de répondre 1- problème de langue 2- refus 3- perdue de vue

Remplir ce cadre après l'entretien en téléphonant à l'ADEMAS – 04 72 84 65 30

B1- **Personne enregistrée à l'ADEMAS-69** : y- oui n- non x- nspB2- **Personne invitée par l'ADEMAS-69** :n- non y- oui : *Si oui* : B3- **Date dernière invitation** : mois.....année.....B4- **Personne examinée par l'ADEMAS-69** :n- non y- oui : *Si oui* : B5- **Date dernière mammographie** : mois.....année.....

Nom de l'enquêtrice :

Les questions que je vais vous poser ont pour but de connaître votre point de vue sur les maladies du sein.

Pour chaque question, je vous remercie de me dire la réponse qui vous va le mieux.

R1 à R14- Voici des opinions que l'on entend sur le cancer du sein et son dépistage par la mammographie, ou radiographie des seins.

Dites-moi pour chacune si vous êtes tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord, pas du tout d'accord :

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	nsp
R1. Toutes les femmes peuvent avoir un cancer du sein	4	3	2	1	9
R2. Les femmes qui ont déjà eu un cas de cancer du sein dans leur famille ont plus de risque d'en avoir un	4	3	2	1	9
R3. Une forte émotion ou l'accumulation d'émotions peuvent provoquer un cancer du sein	4	3	2	1	9
R4. Des chocs ou des blessures répétés du sein peuvent provoquer un cancer	4	3	2	1	9
R5. Après la ménopause, le risque d'avoir un cancer du sein diminue	4	3	2	1	9
R6. Une femme qui a des petits seins a moins de risque d'avoir un cancer du sein	4	3	2	1	9
R7. C'est d'abord le destin qui fait qu'une femme aura le cancer du sein, et une autre non	4	3	2	1	9
R8. On guérit souvent du cancer du sein maintenant	4	3	2	1	9
R9. Pour soigner le cancer du sein, il faut le plus souvent amputer tout le sein	4	3	2	1	9
R10. Il est inutile de faire une mammographie si on ne voit rien et on ne sent rien au sein	4	3	2	1	9
R11. La mammographie peut déclencher le cancer du sein	4	3	2	1	9
R12. Le dépistage permet de se rassurer que tout va bien quand le résultat est négatif	4	3	2	1	9
R13. Le dépistage n'empêche pas l'apparition d'un cancer	4	3	2	1	9
R14. Le dépistage rend malade	4	3	2	1	9

Cette section ne concerne que les femmes ayant déjà fait une mammographie (réponse oui à la question A7 de la première page)

Vous avez donc fait une mammographie en..... (reprendre la date de la question A8 à la première page)

Nous allons maintenant parler de cette dernière mammographie.

M1- A-t-elle été faite en réponse à un problème découvert à un sein ?

y- oui n- non x- nsp

M2- Avez-vous été invitée à la faire par un programme de dépistage ?

y- oui : → → → → **M3- Votre médecin vous a-t-il incité à faire cette mammographie ?**

y- oui n- non x- nsp → *passez à la question M6*

n- non x- nsp : → **M4- Qui vous a prescrit cette mammographie ?**

1- Médecin généraliste 2- Médecin gynécologue 3- Autre 9- nsp

M5- Vous l'a-t-il prescrite à votre demande ?

y- oui n- non x-nsp

M6 à M9- Parmi les raisons suivantes, quelles sont celles qui vous ont décidée à faire cette mammographie ? Vous pouvez choisir jusqu'à 4 réponses au maximum :

Montrez à la femme la liste pour qu'elle puisse faire son choix.

Entourez les numéros des raisons choisies sans dépasser 4

1. J'ai reçu une lettre d'invitation
2. C'était gratuit
3. C'était facile à faire
4. Le radiologue n'était pas loin
5. C'était une première occasion de faire la mammographie
6. Il y a déjà eu des cas de cancer dans mon entourage
7. Mon entourage me l'a conseillé
8. Mon médecin me l'a conseillé

M10 – Parmi ces raisons que vous venez de choisir, quelle était LA plus importante ?

Codage : notez le numéro :

M11 à M17- **Je vais maintenant vous demander de juger différents éléments de cette mammographie. Pour chacun, dites-moi si c'était très bien, bien, moyen ou mauvais :**

	Très bien	Bien	Moyen	Mauvais	nsp
M11. Le libre choix du radiologue	4	3	2	1	9
M12. Le délai pour avoir le rendez-vous avec le radiologue	4	3	2	1	9
M13. La qualité de l'accueil chez le radiologue	4	3	2	1	9
M14. Le temps d'attente chez le radiologue	4	3	2	1	9
M15. Les explications sur l'envoi des résultats	4	3	2	1	9
M16. Le délai pour avoir le résultat	4	3	2	1	9
M17. La clarté des explications dans la lettre donnant le résultat	4	3	2	1	9

M18- Cette mammographie a-t-elle été pour vous insupportable, pénible, un peu pénible ou pas du tout pénible ?

1- insupportable 2- pénible 3- un peu pénible 4- pas du tout pénible 9- nsp

M19- Préférez-vous être radiographiée par un homme ou par une femme ?

1- par un homme 2- par une femme 3- c'est indifférent 9- nsp

M20- Avez-vous des propositions pour que la mammographie se passe mieux ?

(précisez) :

.....

.....

.....

.....

.....

Cette section ne concerne que les femmes qui n'ont pas eu de mammographie depuis le 1^{er} janvier 1997

N1- Avez-vous déjà entendu dire qu'une mammographie est recommandée à votre âge ?

y- oui n- non x- nsp

N2- Si on vous invitait à faire une mammographie gratuite, iriez-vous : oui sûrement, peut-être, ou non sûrement pas ?

1- Oui sûrement 2- Peut-être 3- Non sûrement pas 9- nsp

Je vais vous citer les raisons souvent données pour ne pas faire de mammographie. Dites-moi pour chacune si c'est pour ça que vous n'en faites pas :

N3. **Je vois régulièrement un médecin** y- oui n- non x- nsp

N4. **Mon médecin ne me l'a pas prescrit** y- oui n- non x- nsp

N5. **Je suis en bonne santé** y- oui n- non x- nsp

N6. **J'ai peur qu'on me dise que j'ai un cancer** y- oui n- non x- nsp

N7. **J'en ai déjà fait une et ça suffit** y- oui n- non x- nsp

N8. **C'est trop pénible** y- oui n- non x- nsp

N9. **J'ai d'autres problèmes de santé** y- oui n- non x- nsp

N10. **Je ne risque pas d'avoir un cancer** y- oui n- non x- nsp

N11. **Ca ne sert à rien** y- oui n- non x- nsp

N12. **Je suis trop âgée** y- oui n- non x- nsp

N13. **J'ai d'autres soucis** y- oui n- non x- nsp

N14. **Je n'ai pas le temps** y- oui n- non x- nsp

N15. **Je n'ai pas d'argent** y- oui n- non x- nsp

N16. **J'ai un problème de transport** y- oui n- non x- nsp

N17. **Il n'y a pas de radiologue près de chez moi** y- oui n- non x- nsp

C1- A votre avis, un programme de dépistage du cancer du sein, qui invite régulièrement les femmes à faire gratuitement une mammographie, est-il très utile, assez utile, peu utile ou inutile ?

1- très utile 2- assez utile 3- peu utile 4- inutile 9- nsp

C2- Existe-t-il un programme de dépistage de ce type dans le département ?

y- oui n-non x- nsp

C3 à C10- D'une manière générale, pour les sujets suivants, vous sentez-vous très bien informée, bien informée, mal informée ou très mal informée ?

	Très bien	Bien	Mal	Très mal	nsp
C3. Le déroulement de la mammographie	4	3	2	1	9
C4. La gratuité	4	3	2	1	9
C5. La facilité de la prise en charge	4	3	2	1	9
C6. La façon dont les résultats sont transmis	4	3	2	1	9
C7. Les délais pour obtenir les résultats	4	3	2	1	9
C8. L'organisation du programme de dépistage	4	3	2	1	9
C9. Le traitement du cancer du sein	4	3	2	1	9
C10. Les chances de guérison du cancer du sein	4	3	2	1	9

C11- Avez-vous vu des affiches parlant d'un programme de dépistage du cancer du sein ?

n- non x- nsp → *passez à la question C15*

y- oui : → → → → **C12- Où avez-vous vu ces affiches ?**

1- abribus 2- CES 4- médecin 8- pharmacien 16- autre 99- nsp

ne pas remplir codage C12 |_|_|

C13-C14 Pouvez-vous me dire ce que vous avez vu et lu ?

.....

(ne pas remplir) codage C13 : y – reconnaissance visuelle OK n- pas OK x- nsp

(ne pas remplir) codage C14 : y – message OK n- pas OK ou pas message x- nsp

C15- Connaissez-vous l'ADEMAS-69 ?

n- non x- nsp → *passez à la question C17*

y- oui : → → → → **C16- Qu'est-ce que c'est ?**

.....

(ne pas remplir) codage C16 : y- juste n- faux 9- nsp

C17- Dans les deux dernières années, avez-vous reçu une lettre vous invitant à faire une mammographie ?

n- non x- ne se souvient pas, nsp → *passez à la question C21*

y- oui : → → **C18- Avez-vous reçu le dépliant d'information avec cette lettre ?**

n- non x- ne se souvient pas, nsp → *passez à la question C20*

y- oui : → **C19- Avez-vous trouvé les informations qu'il contient très bonnes, bonnes, insuffisantes ou très insuffisantes ?**

4- très bonnes 3- bonnes 2- insuffisantes 1- très insuffisantes 9- nsp

C20- Avez-vous parlé de ce dépistage avec votre conjoint, votre famille, vos amies, votre médecin, ou à personne?

0- personne 1- conjoint 2- famille 4- amies 8- médecin 99- nsp

ne pas remplir codage C20 |_|_|

Dans ce programme de dépistage, à votre avis :

C21- Qu'est-ce qui est bien ?

.....
.....
.....

C22- Qu'est-ce qui n'est pas bien ?

.....
.....
.....

C23- Qu'est-ce qui peut être amélioré ?

.....
.....
.....

Nous allons maintenant parler de votre santé.

S1- Par rapport aux personnes de votre âge, diriez vous que votre état de santé est très satisfaisant, plutôt satisfaisant, peu satisfaisant ou pas du tout satisfaisant ?

4- très satisfaisant 3- plutôt satisfaisant → → → → → *passez à la question S3*

2- peu satisfaisant 1- pas du tout satisfaisant 9- nsp : → **S2- pensez-vous que la médecine peut améliorer votre état de santé, beaucoup, un peu, ou pas du tout ?**

3- beaucoup 2- un peu 1- pas du tout 9- nsp

S3- Etes-vous actuellement suivie pour une maladie ou un problème de santé chronique ?

n- non x- nsp → *allez à la question S5*

y- oui : → → → → → **S4- quel est-il ?**

Codage : 1- Cœur 2- Cancer 3- Respiratoire 4- Diabète 5-Articulaire 6- Maux de tête
7- Cholestérol 8- HTA 9- Autre (*précisez*)0- multiples

S5- Avez-vous du mal à monter un étage à pied : pas du tout, un peu, beaucoup ?

1- pas du tout 2- un peu 3- beaucoup ou impossible 9- nsp

S6- Fumez-vous ?

y- oui n- non x- nsp

S7 à S11- Parmi ces différents risques et maladies, pouvez-vous me dire si vous les craignez, pour vous-même, pas du tout, un peu, pas mal, beaucoup ?

	Beaucoup	Pas mal	Un peu	Pas du tout	nsp
S7. Les accidents de la circulation	4	3	2	1	9
S8. Les maladies du cœur	4	3	2	1	9
S9. Le cancer	4	3	2	1	9
S10. La dépression nerveuse	4	3	2	1	9
S11. La maladie d'Alzheimer	4	3	2	1	9

S12 à S14- Je vais vous présenter des propositions. Pour chacune d'elles dites-moi si vous pensez que c'est tout à fait votre cas, à peu près votre cas, pas votre cas, pas du tout votre cas :

	Tout à fait	A peu près	Pas	Pas du tout	nsp
S12. Vous aimez bien faire des bons repas	4	3	2	1	9
S13. Vous aimez bien boire du vin, de la bière ou de l'alcool	4	3	2	1	9
S14. Vous avez confiance dans les médecins	4	3	2	1	9

S15 - S16- Est-il pour vous très important, important, peu important, pas du tout important :

	Très important	Important	Peu important	Pas du tout imp.	nsp
S15. De vous préoccuper de votre apparence physique	4	3	2	1	9
S16. De faire régulièrement de l'exercice physique	4	3	2	1	9

S17- Avez-vous déjà eu une maladie du sein ?

n- non x- nsp → *passez à la question S19*

y- oui : → → → → **S18- Etait-ce un cancer ou une autre maladie ?**

1- cancer 2- autre maladie : **précisez** : 9- nsp

S19- Avez-vous déjà été soignée pour un cancer ?

y- oui : **précisez l'organe** : n- non x- nsp

S20- Connaissez-vous ou avez-vous connu une personne proche ayant un cancer du sein ?

y- oui n- non x- nsp

S21- Dans votre famille, chez vos mère, sœurs, tantes, y a-t-il eu un ou plusieurs cas de cancer du sein ?

y- oui n- non x- nsp

S22- Dans votre famille, chez vos père, mère, frères et sœurs, oncles et tantes, y a-t-il eu un ou plusieurs cas de cancer autre que du sein?

y- oui n- non x- nsp

S23- Si vous avez un médecin de famille / médecin généraliste, quand l'avez-vous consulté pour la dernière fois ?

Codage : 3- moins de 6 mois 2- [6-12] mois 1- + d' 1 an 0- pas de MG 9- nsp

S24- Si vous avez un gynécologue, quand l'avez-vous consulté pour la dernière fois ?

Codage : 3- moins de 6 mois 2- [6-12] mois 1- + d' 1 an 0- pas de gynéco 9- nsp

S25- Avez-vous déjà fait un frottis du col de l'utérus ?

n- Non x- nsp : → *passez à la question S27*

y- Oui : → → → → → **S26- Quelle était la date de votre dernier frottis ?**

mois : année :

S27- Avez-vous déjà fait un test Hemocult de dépistage du cancer colorectal ?

n- Non x- nsp : → *passez à la question S29*

y- Oui : → → → → → **S28- Quelle était la date de votre dernier test Hemocult ?**

mois : année :

S29- Avez-vous été chez le dentiste dans les deux dernières années ?

n- non y- oui x- nsp

Pour finir, je vais vous poser quelques questions plus générales :

G1- Quel est le diplôme le plus élevé que vous avez obtenu ?

Codage : 1- Aucun dipl. 2- Certif. d'études 3- CAP 4- Brevet 5- Bac 6- > Bac 9- nsp

G2- Quelle est la commune où vous résidez ?

UTILISEZ LA LISTE DE COMMUNES POUR LE CODAGE :

1- Unité urbaine de Lyon 2- autre urbain 3- rural 9-nsp

G3- Actuellement, vivez-vous en couple ?

y- oui n- non x- nsp

G4- Etes-vous propriétaire de votre logement ou accédant à la propriété ?

y- oui n- non x- nsp

G5- Y a-t-il des moments dans le mois où vous ne pouvez pas acheter la nourriture dont vous avez besoin parce que vous n'avez pas assez d'argent ?

y- oui n- non x- nsp

G6- Bénéficiez-vous de la Couverture Maladie Universelle ?

y- oui n- non x- nsp

G7- Avez-vous une assurance maladie complémentaire / une mutuelle ?

y- oui n- non x- nsp

G8- Vous est-il arrivé de faire des activités physiques ou du sport au cours des 12 derniers mois ?

y- oui n- non x- nsp

G9- Vous est-il arrivé d'aller au spectacle ou au cinéma au cours des 12 derniers mois ?

y- oui n- non x- nsp

G10- Vous est-il arrivé de partir en vacances au cours des 12 derniers mois ?

y- oui n- non x- nsp

G11- Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?

y- oui n- non x- nsp

En cas de coup dur financier, familial, de santé, ou autre, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour :

G12- vous héberger quelques jours en cas de besoin ?

y- oui n- non x- nsp

G13- vous donner ou vous prêter de l'argent ?

y- oui n- non x- nsp

G14- Rencontrez-vous parfois une assistante sociale ?

y- oui n- non x- nsp

Je vous remercie d'avoir eu la patience de répondre à toutes mes questions.

ANNEXE 3 : BIBLIOGRAPHIE

1. ANCELLE-PARK R., NICOLAU J. & coll. Résultat du programme national de dépistage systématique du cancer du sein. BEH, 1999, 52, 219-21.
2. BEAULIEU M.D., BELAND F., ROY D., FALARDEAU M., HEBERT G. Factors determining compliance with screening mammography. Canadian Medical Association Journal 1996; 154: 1335-1343.
3. BERTOLOTTO F., JOUBERT M., LEROUX M., RUSPOLI S. Le dépistage du cancer du sein. Facteurs sociaux de l'absence de participation aux campagnes de dépistage de masse. Paris : RESSCOM, 1999?, 164 p.
4. BLATIER J.F., VAPPEREAU P., QUILLON A., FROIS B. Le dépistage spontané du cancer du sein en région Rhône-Alpes. Taux de couverture et facteurs associés à la consommation de mammographies des artisans et commerçants. CMR des Alpes et du Rhône, septembre 1999, photocopié 42 p.
5. BURTON M.V., WARREN R., PRICE D., EARL H. Psychological predictors of attendance at annual breast screening examinations. British Journal of Cancer 1998; 77: 2014-2019.
6. CHOMEL M.C., BUISSON M., DURIF C., DRENEAU M., FABRY J. Les femmes et la mammographie. Analyse des facteurs de résistance et d'acceptation du dépistage du cancer du sein en liaison avec un programme du département du Rhône. Lyon, Conseil général du Rhône, Réseau santé, juin 1989, photocopié 135 p. + annexes (+ document de synthèse de 7 pages).
7. COLLIGNON J.L., MARTIN N. Comportement des femmes de 50 à 69 ans face au dépistage du cancer du sein. Enquête réalisée en Province de Namur (Belgique). Bulletin d'éducation du patient 2000; 19; 2: 82-89.
8. COUSTOU B., GOUBERT A.C., BAUDIER F. Baromètre santé, premiers résultats 2000. Dépistage des cancers. Vanves : CFES, 2001, 4 p.
9. DOUMONT D., LIBION F., DECCACHE A. Que mettre en place pour favoriser la participation des femmes aux dépistages du cancer du sein ? Leçon d'expériences internationales. Bulletin d'éducation du patient 2000; 19; 2: 70-76.
10. EISINGER F., RABAYROL L., JULIAN-REYNIER C., MOATTI J.P., ALLEMAND H. Dépistage des cancers féminins. In : Baudier F. & Arènes J. (Eds). Baromètre santé adultes 1995/96. Vanves, CFES, 1996, 209-230.
11. FABRE D., FALIU B., GROSCLAUDE P., GASTON-JEANZAC F., COUAILLAC J.P., MACHELARD-SAUVAGE M. Facteurs de participation à une campagne de dépistage du cancer colorectal dans le cadre de la médecine du travail. Santé publique, 1999, 11, 4, 527-538.
12. HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Paris, HCSP – Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1998, 349 p.

13. LEBAS J., CHAUVIN P. Précarité et santé. Paris : Flammarion, 1998, 299 p.
14. ALAIN MERGIER CONSULTANTS. Dépistage systématique du cancer du sein. Analyse des entretiens (document de travail). Paris, Ligue contre le cancer, janvier 2000, 32 p.
15. MEYSTRE-AGUSTONI G., DUBOIS-ARBER, PACCAUD F. Profil et motivations des non-participantes à un programme de dépistage du cancer du sein. Méd et Hyg 1998, 56, 267-269.
16. MOATTI J.P., BEJA V., EISINGER F., OBADIA Y., ALIAS F., DRESSEN C. Attitudes de la population française face au dépistage des cancers. La santé de l'homme, 1993, 308, XXII-VI.
17. OUIMET R. & BOUSQUET L. Les femmes âgées et le dépistage du cancer du sein. Le gérontophile, 1998 , 20, 1, 30-1.
18. REMANENCES. Campagne de dépistage du cancer du sein dans le Nord. Synthèse des études d'évaluation. Paris, Rémanences, 1999, 29 p.
CLOUET P. Etude quantitative auprès d'un échantillon de femmes participantes. 133 p.
CLOUET P. Etude quantitative auprès d'un échantillon de femmes non participantes. 96 p.
WAJS-HUCHET C. Etude qualitative auprès d'un échantillon de femmes participantes ou non participantes. 171 p.
19. SCHRAUB S., ARVEUX P., MERCIER M. Aspects psychosociologiques du dépistage. Bull cancer, 1995, 82, 607-10.
