



UNIVERSITÉ DE GENÈVE
FACULTE DE MEDECINE

**QUESTIONNAIRE CONCERNANT LE
DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN**

Rapport d'enquête

Thomas Perneger

Avec la participation de Sandrine Rudaz

Décembre 2012

Remerciements

Financement de l'enquête : Fondation genevoise de dépistage du cancer du sein

Aide au développement et prétest du questionnaire : Béatrice Arzel, Sarah Lachat

Transmission de questionnaires et données comparatives de 1998 : Eric Chamot, Agathe Charvet

Conseils statistiques : Christophe Combescure

Résumé

Objectifs : Le Service d'épidémiologie clinique a été mandaté par la Fondation genevoise de dépistage du cancer du sein pour effectuer une enquête auprès des femmes genevoises concernées par le dépistage du cancer du sein par mammographie. L'objectif principal était de documenter l'évolution des pratiques et perceptions des femmes concernant ce dépistage, en comparaison avec des données semblables recueillies en 1998. Un objectif secondaire était de décrire les perceptions qu'ont les femmes genevoises du Programme de dépistage genevois. Enfin, l'enquête a utilisé un scénario qui visait à documenter l'impact possible sur les pratiques d'informations concernant a) l'allègement des traitements grâce au diagnostic précoce, b) le risque de faux positifs, et c) le risque de sur-diagnostic secondaire au dépistage.

Méthode : enquête par courrier auprès de résidentes du canton de Genève âgées de 50 à 70 ans, réalisée au printemps/été 2012. Le questionnaire était en partie repris de l'enquête effectuée en 1998. L'envoi initial était suivi de 1 à 2 rappels adressés aux non-répondantes.

Résultats : Sur 1920 femmes contactées et éligibles, 1086 (56.6%) ont répondu à l'enquête en 2012, et ont été comparées à 501 femmes du même âge ayant répondu en 1998 (taux de participation de 69.6% en 1998). Les 2 groupes étaient comparables sur la plupart des variables, mais les répondantes de 2012 étaient plus éduquées et avaient des revenus plus élevés.

La proportion de femmes ayant fait au moins une mammographie de dépistage a progressé de 87% à 97%, et la proportion de femmes qui ne prévoient pas de faire du dépistage a diminué de 22.1% à 12.1%. La proportion de femmes ayant fait au moins 2 mammographies au cours des 4 dernières années est passée de 56.3% à 86.1%, et des différences entre strates sociales (p.ex. en fonction du niveau d'éducation ou du revenu) ont pratiquement disparu.

Le niveau perçu de priorité du dépistage du cancer du sein est resté élevé, passant de 2.5 (score entre 1 et 6) à 2.3. Les proportions de femmes à qui leur médecin a recommandé la pratique du dépistage ont augmenté de 74.3% à 80.0%.

Les répondantes sont généralement bien informées des recommandations qui concernent leur tranche d'âge (50 à 70 ans) ; la proportion de réponses correctes a augmenté de 57.5% à 71.2%. La situation est plus floue pour les femmes plus jeunes et plus âgées. La proportion de décès par cancer du sein évités grâce au dépistage reste mal connue : 18.5% des femmes en 1998 et 21.2% en 2012 donnent une estimation conforme aux méta-analyses dans le domaine, soit une réduction d'un quart.

En revanche, la majorité des répondantes ont des connaissances justes relatives au cancer du sein et à son dépistage. Les exceptions: seulement 39.5% des femmes en 1998 et 43.4% en 2012 savent que le risque de cancer du sein augmente avec l'âge, et 55.2% des femmes en 1998 et 56.0% en 2012 pensent que la plupart des anomalies détectées par la mammographie sont des cancers.

Les attitudes des femmes sont globalement plus favorables au dépistage en 2012 qu'en 1998. Le score moyen de l'échelle des attitudes négatives (Rakowski) est passé de 23.7 (écart-type 22.9) à 13.9 (écart-type 17.8), soit une différence d'environ la moitié d'un écart-type de ce score.

Certaines questions ont été posées en 2012 seulement. En 2012, la moitié des répondantes (52.4%) pratiquent le dépistage de manière individuelle, 35.7% avec le Programme de dépistage, et 11.9% alternent les méthodes. Les déterminants les plus importants de ce choix sont la recommandation du médecin (61.0%) et l'invitation du programme cantonal (45.1%). A noter que 21.4% font état de facteurs de risque personnels et 10.4% de considérations financières.

Neuf femmes sur 10 ont reçu le courrier d'invitation de la Fondation. La majorité estime que la quantité d'informations est adéquate (80.3%), et que les informations sont très claires ou assez claires 85.6%).

Le scénario décrivant un test de dépistage hypothétique a été présenté en 6 versions : 3 niveaux d'information sur les effets secondaires (aucune, information sur les faux positifs, information sur le sur-diagnostic), croisé avec 2 niveaux d'information sur les bénéfices (gain de survie seulement, ou gain de survie et allègement des traitements). Globalement, plus de 90% des répondantes ont affirmé qu'elles accepteraient de faire le test. L'information sur les effets secondaires a eu un faible impact négatif mais non-significatif. A l'inverse, la mention de traitements allégés augmente un peu la participation (93.5% contre 90.2%, $p=0.043$). Les effets sur l'intention de recommander le test à d'autres personnes étaient plus marqués. La proportion qui recommanderait le test était de 73.2% sans information sur les risques, 66.4% en présence d'information sur les faux positifs ($p=0.054$), et 61.1% en présence d'information sur le sur-diagnostic ($p<0.001$). A l'inverse, l'effet de l'information sur l'allègement des traitements est favorable (71.4% contre 62.2%, $p=0.01$).

Conclusion : Cette enquête décrit une évolution globalement favorable des pratiques en matière de dépistage du cancer du sein par mammographie entre 1998 et 2012 parmi les femmes genevoises entre 50 et 70 ans. Les différences dans les pratiques entre les strates socio-économiques observées en 1998 ont disparu en 2012. Le programme cantonal de dépistage est connu, et les informations fournies par le programme sont perçues favorablement par les femmes concernées. Les femmes considèrent que le dépistage par mammographie est une priorité de santé publique, et leurs attitudes sont globalement encore plus favorables que par le passé.

Plusieurs points d'information demandent un effort : les recommandations concernant le dépistage des femmes de 40 à 49 ans et de plus de 70 ans, les bénéfices du dépistage en termes de mortalité spécifique, la relation croissante entre l'âge et le risque de cancer du sein, et la (fable) valeur prédictive d'un résultat positif à la mammographie de dépistage.

L'analyse du scénario suggère que l'information sur le sur-diagnostic attribuable au dépistage de tumeurs qui ne se manifesteraient pas cliniquement risque d'influencer négativement les pratiques de dépistage. A l'inverse, la mention de l'allègement des traitements grâce au dépistage a eu un effet positif notable.

Recommandations :

- Poursuivre les activités du programme de dépistage du cancer du sein.
- Réévaluer l'information donnée aux femmes concernées par le dépistage du cancer du sein, pour mieux cibler les domaines actuellement déficitaires, et explorer certaines nouvelles opportunités.
- Reconduire une enquête de ce type dans un délai de 5 à 10 ans.

Introduction

A Genève, l'importance du dépistage du cancer du sein par mammographie est reconnue par les autorités politiques, qui financent un Programme de dépistage ciblant les femmes de 50 à 70 ans. Le Programme est mis en œuvre par la Fondation genevoise de dépistage du cancer du sein. Dans le cadre de son contrat de prestations, la Fondation s'est engagée à évaluer ses activités, et notamment l'impact de son action sur les femmes genevoises concernées par le dépistage. En 2012, la Fondation a souhaité tirer profit de l'existence d'une enquête effectuée en 1998 dans la même population cible (1-4), c'est-à-dire avant la mise en place du Programme de dépistage, pour décrire l'évolution au cours du temps des pratiques de dépistage et des connaissances et attitudes des femmes envers le dépistage. Si l'évolution il y a eu, elle pourrait être attribuée, en tous cas en partie, aux activités du programme.

Pour atteindre ce but, la Fondation a prévu de mener une enquête en population générale en reprenant certaines des questions posées en 1998. Pour des raisons d'indépendance de l'évaluation par rapport au programme, et de disponibilité de ressources techniques, l'enquête a été confiée au Service d'épidémiologie clinique des HUG, déjà impliqué dans l'enquête de 1998.

L'objectif principal était de documenter l'évolution des pratiques et perceptions des femmes concernant ce dépistage entre 1998 et 2012. Un objectif secondaire était de décrire les perceptions qu'ont les femmes de l'information qu'elles reçoivent du Programme de dépistage genevois, et de comprendre ce qui détermine leur choix entre la pratique du dépistage dans le cadre de ce Programme ou plutôt avec leur médecin personnel. Enfin, l'enquête a utilisé un scénario qui visait à documenter l'impact possible sur les pratiques d'informations concernant a) l'allègement des traitements grâce au diagnostic précoce, b) le risque de faux positifs, et c) le risque de sur-diagnostic secondaire au dépistage.

Références :

1. Chamot E, Perneger TV. Misconceptions about efficacy of mammography screening: a public health dilemma. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:799-803
2. Chamot E, Charvet AI, Perneger TV. Predicting stages of adoption of mammography screening in a general population. *Eur J Cancer* 2001 ;37 :1869-77
3. Chamot E, Perneger TV. Men and women's knowledge and perceptions of breast cancer and mammography screening. *Prev Med* 2002;34:380-5
4. Chamot E, Perneger TV. The gynecologist's role in mammography screening in absence of a public health program. *Arch Gynecol Obstet* 2003;268:88-93

Méthode

Plan d'étude : enquête transversale par courrier, effectuée en 1998 et en 2012, comprenant un volet randomisé.

Population : Résidentes du canton de Genève de 50 à 70 ans.

Echantillon : Liste des femmes genevoises contactées par le programme de dépistage du cancer du sein (en 2012). En 1998, une liste de résidentes de 40 à 79 ans a été obtenue de l'Office de la population. Seules les répondantes âgées de 50 à 70 ans sont retenues dans cette analyse.

Variables mesurées en 2012 (contenu exact, cf. tableau 1, * identifie les questions uniquement posées en 2012) :

- pratiques actuelles et passées de dépistage du cancer du sein (questions 1-3)
- manière de pratiquer le dépistage, via le Programme ou via le médecin (question 4*)
- déterminants du choix (question 5*)
- évaluation du courrier de la Fondation (questions 6-7*)
- intention de continuer à pratiquer le dépistage (question 8)
- ordre de priorité de 6 programmes de santé publique : dépistage du cancer du sein, dépistage du cancer de la prostate, dépistage de la dépression, prévention du Sida, campagnes contre l'alcool au volant, campagnes antitabac auprès des jeunes (question 9).
- recommandations concernant le dépistage (question 10, a-c)
- proportion de décès par cancer du sein évités grâce au dépistage (question 11)
- connaissances concernant le cancer du sein et son dépistage (question 12, a-h)
- attitudes négatives envers le dépistage par mammographie (échelle de Rakowski, question 12, i-m)
- scénario imaginaire concernant le dépistage (en 6 versions, voir plus bas) : accepterait de faire le test (question 13 a*), recommanderait le test (question 13 b*)
- antécédents de cancer du sein (question 14)
- risque d'avoir un cancer du sein (question 15)
- fumeuse de cigarettes (question 16)
- nombre de consultation au cours de l'année écoulée, médecin de famille, gynécologue, autre médecin ou soignant (question 17 a-c)
- mammographie de dépistage recommandée par médecin de famille (question 18) ou gynécologue (question 19)
- santé perçue (question 20)
- vie en couple (question 21)
- âge (question 22)
- pays de naissance (question 23)
- années de résidence à Genève (question 24)
- années d'enseignement suivies (question 25)
- activité professionnelle rémunérée (question 26)
- revenu mensuel du ménage (question 27)

Randomisation : l'échantillon a été scindé en 6 sous-groupes de taille égale, constitués de manière aléatoire, pour 2 motifs :

- 1) Dans l'analyse des priorités attribuées à 6 programmes de santé publique (question 9), nous voulions neutraliser un éventuel effet de l'ordre de présentation. Nous avons créé 6 ordres de présentations différents, en appliquant la méthode du carré latin (voir Annexe

- 1). Chaque programme s'est ainsi retrouvé une fois en première position, une fois en deuxième, etc.
- 2) Le scénario hypothétique (question 13) évaluait l'impact de l'information sur les bénéfices (2 niveaux) et de l'information sur les risques (3 niveaux). En croisant ces 2 facteurs, 6 conditions expérimentales étaient obtenues, chacune évaluée par un sous-groupe de répondantes différent.

Récolte des données : la base d'échantillonnage était la liste des femmes concernées par le dépistage utilisée par le Programme pour envoyer les invitations. Cette liste est fournie à la Fondation par l'Office de la population). La Fondation a sélectionné de manière aléatoire 2000 personnes sur cette liste, et leur a envoyé une enveloppe contenant une lettre explicative, le questionnaire, et une enveloppe réponse numérotée adressée au Service d'épidémiologie clinique. A la réception d'un questionnaire en retour, le numéro de la répondante était noté (la liste des numéros des participantes était envoyé à la Fondation avant chaque rappel), et un nouveau numéro séquentiel était attribué à chaque questionnaire destiné à la saisie. Les non-répondantes ont reçu un premier puis un second rappel, à 1 mois d'intervalle. Cette récolte des données a été effectuée entre mars et juillet 2012.

Taille d'échantillon : nous voulions obtenir 1000 répondantes, de sorte à estimer les proportions de personnes ayant une certaine opinion avec une précision de $\pm 3\%$. Comme l'échantillon de 1998 était d'environ 500 personnes, cette taille d'échantillon donnait une puissance de $>95\%$ de détecter une différence absolue entre 2 proportions de 10% ou plus, et une puissance $>83\%$ de détecter une différence de 8%, avec une erreur alpha de 5%. Pour l'analyse du scénario, cette taille d'échantillon permet détecter une différence entre 83% et 90% dans l'acceptation du test de dépistage grâce à la mention de l'allègement des traitements (2x500), et une diminution de 83% à 72% par l'adjonction de l'information sur les faux positifs ou le sur-diagnostic (3x330), avec une puissance de 90% et un taux d'erreur alpha de 5%.

Analyse des données : nous avons examiné des proportions de répondantes pour chaque option de réponse. Les variables continues ont été catégorisées pour faciliter la présentation des données, mais des moyennes et écarts-type ont également été obtenus. Les comparaisons entre 1998 et 2012 ont été faites au moyen de tests de chi-2. Ensuite, nous avons examiné la répartition des lieux de dépistage (programme cantonal, via médecin privé, ou les deux) dans des sous groupes de la population de 2012. Nous avons également examiné les changements au cours du temps pour 2 variables (proportion de femmes avec 2 ou plus mammographies au cours des 4 dernières années, et score moyen d'attitudes négatives) en stratifiant sur les caractéristiques des répondantes (âge, pays de naissance, vie couple, éducation, etc.). Les différences entre groupes dans les changements au cours du temps ont été testées au moyen de termes d'interaction (entre la période et la variable de stratification) dans des modèles de régression (logistique pour la proportion ayant 2 mammographies, et linéaire pour les scores moyens).

Pour l'analyse des priorités, nous avons utilisé un test de T sur les scores de priorité reçus par chaque programme. Pour prendre en compte les rangs de présentation, nous avons utilisé un modèle logistique ordinal conditionnel, où la priorité attribuée était la variable dépendante, et le programme, l'ordre de présentation, l'année, et l'interaction entre l'année et le programme (avec le dépistage de la dépression comme programme de référence) étaient les variables indépendantes. Les résultats sont des odds ratios de choisir le programme X plus prioritairement que le dépistage de la dépression. Les termes d'interaction testent le changement de niveau de priorité entre 1998 et 2012.

Pour l'analyse du scénario, nous avons dichotomisé la recommandation du test en « certainement oui » versus le reste, sur la base de la distribution de cette variable. Nous avons obtenu les proportions de répondantes qui accepteraient de faire le test et qui recommanderaient

certainement le test en fonction des versions du scénario. Nous avons utilisé la régression logistique pour analyser simultanément l'information sur les avantages et l'information sur les risques.

L'analyse a été effectuée sur SPSS.

Ethique : le protocole a été soumis à la CER des HUG, et a été exempté d'une revue complète par le président de la CER, s'agissant d'une enquête dont la finalité est le management plus que la recherche scientifique, et compte tenu des risques faibles occasionnés par l'enquête.

Résultats

Récolte des données

Sur 2000 questionnaires envoyés, 80 sont revenus avec une adresse incorrecte. Parmi les 1920 personnes éligibles, 178 ont renvoyé un questionnaire blanc (non rempli), 10 étaient des doublons (remplis une 2^{ème} fois) et 1116 ont retourné un questionnaire rempli (58.1% des éligibles). Nous avons retiré de l'analyse 30 questionnaires supplémentaires qui ne contenaient que moins de la moitié des réponses fournies. Ceci laisse 1086 questionnaires pour l'analyse (56.6% des éligibles). La participation était équilibrée pour les 6 versions du questionnaire (Annexe 1).

Pour comparaison, en 1998, 1400 femmes de 40 à 79 ans ont été contactées au total, 33 avaient une adresse incorrecte, et 29 ont été exclues sur la base d'une auto déclaration (mauvaise santé ou maîtrise insuffisante du français). Parmi elles 952 ont retourné un questionnaire rempli, soit 68.0% de l'effectif initial (N=1400), 71.2% des éligibles retenues dans le rapport (N=1338), et 69.6% des éligibles selon les critères de 2012 (N=1367). Dans cette analyse, nous retenons les 501 femmes qui avaient entre 50 et 70 ans en 1998, afin de rendre les comparaisons plus facilement interprétables.

L'ensemble des résultats bruts de l'enquête de 2012 figure dans le Tableau 1. Nous décrivons d'abord les questions posées uniquement en 2012, puis celles qui ont été reprises de 1998, pour lesquelles la comparaison entre les 2 enquêtes présente un intérêt important.

Questions spécifiques à 2012

Question 4 : comment se fait le dépistage

La majorité des répondantes pratiquent le dépistage de manière individuelle, plus d'un tiers avec le Programme de dépistage, et une minorité alternent les méthodes.

Question 5 : déterminants du choix

Les déterminants les plus importants sont la recommandation du médecin et l'invitation du programme cantonal. A noter que plus de 20% font état de facteurs de risque personnels et 10% de considérations financières dans ce choix.

Questions 6 et 7: courrier de la Fondation et informations

Neuf femmes sur 10 ont reçu le courrier d'invitation. La grande majorité estime que la quantité d'informations est adéquate, et que les informations sont très claires ou assez claires.

Nous avons examiné la répartition des lieux de dépistage (question 4) en stratifiant par sous-groupe (Tableau 2). Le programme cantonal attire un peu plus de femmes de 55 à 59 ans, de femmes moins éduquées et moins fortunées, de celles qui ont moins de connaissances concernant le dépistage, ainsi que celles qui ont des attitudes plus négatives envers le dépistage. Toutefois la différence la plus marquée est liée à la recommandation du dépistage par le gynécologue : les femmes qui n'ont pas eu de telle recommandation passent en majorité par le programme cantonal, et celles qui ont reçu une telle recommandation passent par leur médecin.

Evolution entre 1998 et 2012

Caractéristiques socio-démographiques (Tableau 3)

Les caractéristiques des 2 groupes sont comparables pour ce qui concerne l'âge, le pays de naissance, la durée de résidence à Genève, la vie en couple, et la santé perçue (Tableau 2). Les répondantes de 2012 ont suivi plus d'années d'études que celles de 1998, et sont plus nombreuses à avoir une activité rémunérée, ont des revenus plus élevés, et sont plus à fumer.

Pratiques et intentions de dépistage (Tableau 4)

La proportion de femmes qui ont déjà fait au moins une mammographie de dépistage a progressé de 87% à 97%. La progression est encore plus nette (de 56% à 86%) pour des pratiques de dépistage conformes aux recommandations. La proportion de femmes qui ne prévoient pas de faire du dépistage a diminué de moitié. A noter que cette proportion augmentait avec l'âge en 1998, mais ceci n'est plus le cas en 2012 (données non présentées ici).

Le niveau de priorité du dépistage du cancer du sein demeure élevé. En 1998 le dépistage était à égalité avec la prévention du Sida, mais cette dernière activité a perdu nettement en termes de priorité depuis 1998, ce qui laisse la mammographie en tête des priorités exprimées. Dans une analyse des priorités en régression logistique ordinaire conditionnelle (Tableau 7), le dépistage du cancer du sein arrive en tête des priorités en 2012, avec un odds ratio significativement plus élevé que celui de tous les autres programmes, alors qu'en 1998 il arrivait en 2^{ème} position, même si la différence avec la prévention du Sida n'était pas statistiquement significative en 1998.

La proportion de femmes ayant eu un diagnostic de cancer du sein est restée stable.

A la question du risque perçu du cancer du sein en comparaison aux autres femmes, 20% (plutôt que 30% en 1998) répondent ne pas savoir, et une confortable majorité s'estime à risque égal aux autres femmes. Plus de femmes pensent que leur risque est plus bas que la moyenne que l'inverse.

Les proportions de femmes à qui leur médecin ou leur gynécologue a recommandé la pratique du dépistage ont augmenté modérément entre les 2 enquêtes.

Connaissances relatives au dépistage (Tableau 5)

Les répondantes sont généralement bien informées des recommandations qui concernent leur groupe d'âge (50 à 70 ans) ; et la proportion de réponses correctes a nettement augmenté. En revanche les distributions de réponses sont plus éparpillées pour les femmes plus jeunes et plus âgées. Concernant les femmes de plus de 70 ans, plus de répondantes estiment qu'il faut faire du dépistage de manière fréquente (tous les ans ou tous les 2 ans).

On n'observe pas de changement quant à la proportion de décès par cancer du sein évités grâce au dépistage : environ 20% des répondantes donne une estimation alignée sur les méta-analyses dans le domaine, soit une réduction d'un quart, et plus de la moitié des répondantes surestime les bénéfices en termes de mortalité spécifique.

Parmi les questions présentées comme des opinions, 8 peuvent être considérées comme justes ou fausses. La grande majorité des répondantes ont choisi une réponse jugée correcte (tout à fait d'accord ou assez d'accord) pour la plupart des affirmations. Une exception est la notion que le risque de cancer du sein augmente avec l'âge : moins de la moitié des femmes le savent, et cette proportion n'est pas en progrès notable depuis 1998. A relever aussi qu'un peu plus de la moitié des femmes pense que la plupart des anomalies détectées par la mammographie sont des cancers. Là encore on ne constate pas de progrès depuis 1998.

Attitudes négatives envers le dépistage, échelle de Rakowski (Tableau 6)

Nous n'avons retenu que l'échelle d'attitudes négatives de 5 items (« cons of mammography »), parce que celle-ci discrimine le mieux entre les femmes qui pratiquent le dépistage et celle qui ne le font pas. Une grande majorité des femmes rejette ces affirmations, et pour chacun des items cette proportion a nettement augmenté entre 1998 et 2012. Le score moyen est passé de 23.7 à 13.9, soit une différence d'environ la moitié d'un écart-type de ce score.

A noter que la cohérence interne de l'échelle s'est maintenue à un bon niveau (Cronbach alpha).

Evolution de la proportion de femmes avec 2 mammographies ou plus au cours des 4 dernières années, par sous-groupe (Tableau 7)

Cet indicateur de pratiques de dépistage conformes aux recommandations a globalement progressé de 56.3% à 86.1% entre 1998 et 2012 (Tableau 3), et cette amélioration est examinée ici par strate de population (Tableau 7). Un constat important est que les inégalités marquées observées en 1998, par exemple entre groupes d'âge, d'éducation, de revenu, ou de connaissances, sont pour la plupart effacées en 2012, presque tous les sous-groupes ayant une conformité de plus de 80%. Parmi les exceptions figurent les femmes les plus jeunes (50-54 ans), mais ce groupe n'était pas en totalité soumis aux recommandations de dépistage au cours des 4 années précédant l'enquête ; il s'agit donc d'un artéfact. Une atténuation incomplète est observée pour la relation entre conformité des pratiques et le score de connaissances, puisque 11% de conformité séparent les groupes ayant les meilleures et les moins bonnes connaissances (88.9% versus 77.8%) ; notons toutefois que cet écart était de 34% en 1998 (74.7% versus 40.2%). Assez logiquement, le gradient de conformité persiste même en 2012 en fonction des attitudes envers le dépistage, les femmes ayant les attitudes les plus négatives pratiquant le moins le dépistage.

Evolution des attitudes négatives envers le dépistage, par sous-groupe (Tableau 8)

Globalement, le score d'attitudes négatives a diminué de 23.7 à 13.9 entre 1998 et 2012 (Tableau 6). Les différences entre groupes d'âge constatées en 1998 ont pratiquement disparu en 2012, et de même pour la différence entre femmes qui ont ou non une activité professionnelle. Les différences en fonction des années d'éducation ont été atténuées, seules femmes ayant moins de 10 ans de formation ayant des attitudes plus négatives que la moyenne. Les femmes de bas revenu gardent des attitudes plus négatives que les femmes les plus aisées.

Scénario de dépistage (Tableau 9)

Le scénario de dépistage a été présenté en 6 versions : 3 niveaux d'information sur les effets secondaires (aucune, information sur les faux positifs, information sur le sur-diagnostic), et 2 niveaux d'information sur les bénéfices (gain de survie seulement, ou gain de survie et allègement des traitements). Ces deux facteurs expérimentaux ont été croisés pour donner 6 versions, chacune soumise à un sixième de l'effectif.

Une proportion très élevée de répondantes ont affirmé qu'elles accepteraient de faire le test. L'information sur les effets secondaires a un faible impact négatif (inférieur à 3%), qui reste non-significatif. A l'inverse, la mention de traitements allégés augmente un peu la participation. Cet effet bénéfique est à la limite du seuil de significativité statistique.

Les effets sont plus marqués sur l'intention de recommander le test à d'autres personnes. L'effet de l'information sur les faux positifs est présent mais à la limite du seuil de significativité statistique. L'effet négatif de l'information sur le sur-diagnostic est plus marqué et clairement

significatif. A l'inverse, l'effet de l'information sur l'allègement des traitements est favorable sur l'intention de recommander le test, et là aussi clairement significatif.

Analyse des priorités (Tableau 10)

En 2012, dans les comparaisons de programmes deux à deux, le dépistage du cancer du sein est choisi comme plus prioritaire que chacun des 5 autres programmes par une majorité de répondantes. Ceci en fait une priorité globale. La seconde priorité est la prévention du Sida, suivi par le trio alcool, tabac, et dépistage du cancer de la prostate. Les différences entre ces 3 programmes sont faibles et parfois non-significatives. Le dépistage de la dépression reste le programme le moins prioritaire.

A noter qu'en 1998 c'est la prévention du Sida qui est arrivée en tête, juste devant le dépistage du cancer du sein. Le principal changement a été la perte de priorité des programmes du Sida, plutôt qu'une augmentation du degré de priorité du dépistage du cancer du sein.

Conclusions

Cette enquête documente une situation généralement favorable au dépistage du cancer du sein par mammographie au sein de la population genevoise concernée. Le programme cantonal de dépistage est connu, même si une majorité de femmes continue de pratiquer le dépistage en lien direct avec son médecin. Les informations fournies par le programme sont perçues favorablement par les femmes concernées.

Plusieurs évolutions favorables sont à noter en comparaison avec les données recueillies en 1998 : plus de femmes pratiquent le dépistage en conformité avec les recommandations, et plus ont l'intention de continuer à le faire. Les femmes connaissent bien les recommandations qui concernent leur groupe d'âge, et davantage ont des connaissances justes concernant le cancer du sein et son dépistage. Le dépistage demeure une priorité de santé publique dans ce groupe, et passe clairement en tête des priorités proposées en 2012. Davantage de femmes reçoivent de leurs médecins une recommandation pour pratiquer le dépistage. Enfin, les attitudes sont globalement encore plus favorables au dépistage par mammographie.

Il reste encore quelques points qui demandent un effort d'information. Il s'agit en particulier des recommandations concernant le dépistage des femmes de 40 à 49 ans et de plus de 70 ans, les bénéfiques du dépistage en termes de mortalité spécifique, de la relation croissante entre l'âge et le risque de cancer du sein, et de la (fable) valeur prédictive d'un résultat positif à la mammographie de dépistage.

Les autres éléments d'information explorés par le biais du scénario de dépistage offrent d'autres pistes. Il semble que l'information sur le surdiagnostic attribuable au dépistage de tumeurs qui ne se manifesteraient pas cliniquement risque d'influencer négativement les pratiques de dépistage (au moins si on en croit l'intention de recommander le test). Il faut alors décider si le surdiagnostic est un problème suffisamment documenté pour qu'il mérite une discussion ouverte avec les femmes invitées à participer au dépistage. A l'inverse, la mention de l'allègement des traitements grâce au dépistage a eu un effet positif notable. Cette information pourrait être mise en valeur pour favoriser la participation des femmes concernées.

Plusieurs caveats sont de rigueur. La participation à cette enquête était correcte sans plus (58% ou 56% selon la définition), et un peu plus faible qu'en 1998. On ne sait pas si les femmes qui n'ont pas participé ont les mêmes pratiques et les mêmes attitudes. On a également constaté que les répondantes de 2012 étaient plus éduquées et plus insérées professionnellement. Ces différences peuvent expliquer une partie des changements observés.

Recommandations

- Poursuivre les activités du programme de dépistage du cancer du sein.
- Réévaluer l'information donnée aux femmes concernées par le dépistage du cancer du sein, pour mieux cibler les domaines actuellement déficitaires, et explorer certaines nouvelles opportunités.
- Reconduire une enquête de ce type dans un délai de 5 à 10 ans.

Tableau 1. Fréquences des réponses parmi les 1086 répondantes, résultats bruts, N (%)

Question	Réponses	N (%)
1. Avez-vous déjà eu une mammographie de dépistage ?	Oui Non	1042 (97.1) 31 (2.9) 13 non rens.
2 a) Combien de mammographies avez-vous eues durant les <u>4 dernières années</u> ?	<i>Moyenne (écart-type)</i> 0-1 2-8	2.2 (1.0) 163 (15.9) 861 (84.1) 62 non rens.
2 b) Combien de mammographies avez-vous eues au cours de votre <u>vie</u> ?	<i>Moyenne (écart-type)</i> 1-3 4-6 7-9 10-12 13-67	6.6 (5.8) 283 (30.1) 324 (34.4) 135 (14.3) 113 (12.0) 86 (9.1) 145 non rens.
3. De quand date votre dernière mammographie de dépistage ?	De 2 ans ou moins De plus de 2 ans	902 (87.0) 135 (13.0) 49 non rens.
4. Comment faites-vous habituellement votre mammographie de dépistage ?	Avec le programme cantonal de dépistage (Fondation genevoise) De manière individuelle, sur ordonnance de mon médecin Tantôt avec le programme, tantôt sur ordonnance de mon médecin	365 (35.7) 535 (52.4) 121 (11.1) 65 non rens.
5. Qu'est-ce qui a déterminé votre choix entre une mammographie avec le programme cantonal ou une mammographie hors programme cantonal (sur ordonnance d'un médecin) ?	Recommandations de mon entourage Invitation du programme cantonal de dépistage Informations trouvées sur Internet Campagnes grand public Mon expérience des deux méthodes Recommandations de mon médecin Considérations financières Facteurs de risque personnels	61 (5.9) 465 (45.1) 4 (0.4) 125 (12.1) 46 (4.5) 628 (61.0) 107 (10.4) 220 (21.4)

		56 non rens.
6. Avez-vous déjà reçu un courrier de la Fondation genevoise pour le dépistage du cancer du sein vous invitant à faire une mammographie ?	Oui Non	955 (89.3) 115 (10.7) 16 non rens.
7. Si vous avez déjà reçu un tel courrier, comment jugez-vous les informations fournies ?		
a) <u>Quantité</u> d'informations	Trop d'informations Juste ce qu'il faut Pas assez d'informations Pas d'avis	25 (2.7) 741 (80.3) 22 (2.4) 135 (14.6) 163 non rens.
b) <u>Clarté</u> des explications	Très claires Assez claires Pas claires Pas d'avis	375 (40.7) 414 (44.9) 14 (1.5) 119 (12.9) 164 non rens.
8. Avez-vous l' <u>intention</u> de subir une mammographie de dépistage ?	Non Oui, dans les 6 prochains mois Oui, dans plus de 6 mois	127 (12.1) 415 (39.5) 508 (48.4) 36 non rens.
9. Les ressources étant limitées, il est utile de se demander ce que l'on aimerait faire en priorité . Dans cette perspective, veuillez <u>classer</u> les six mesures de prévention suivantes selon l' <u>ordre d'importance</u> que vous leur accordez. Notez le <u>chiffre 1</u> pour la mesure qui vous paraît la plus importante, le <u>chiffre 2</u> pour la deuxième mesure la plus importante et ainsi de suite jusqu'au <u>chiffre 6</u> pour la mesure la moins importante <i>Score moyen de priorité (ET)</i>	Les campagnes antitabac auprès des jeunes Les programmes de dépistage de la dépression Les campagnes contre l'alcool au volant Les campagnes de prévention du SIDA Les programmes de dépistage du cancer du sein Les programmes de dépistage du cancer de la prostate	3.62 (1.67) 4.92 (1.44) 3.28 (1.54) 3.08 (1.58) 2.27 (1.35) 3.79 (1.48) 158 non rens.

10. Le public n'est pas toujours bien informé des recommandations concernant le dépistage. Selon vous, le dépistage par mammographie est-il <u>recommandé</u> en Suisse chez les femmes suivantes ?		N (%)
a) Chez les femmes de moins de 50 ans	Oui, tous les ans Oui, tous les 2 ans Oui, tous les 4 ans Pas de recommandation Je ne sais pas	96 (10.6) 297 (32.7) 189 (20.8) 201 (22.1) 125 (13.8) 178 non rens.
b) Chez les femmes de 50 à 70 ans	Oui, tous les ans Oui, tous les 2 ans Oui, tous les 4 ans Pas de recommandation Je ne sais pas	223 (21.4) 741 (71.2) 29 (2.8) 13 (1.2) 35 (3.4) 45 non rens.
c) Chez les femmes de plus de 70 ans	Oui, tous les ans Oui, tous les 2 ans Oui, tous les 4 ans Pas de recommandation Je ne sais pas	169 (19.4) 266 (30.5) 152 (17.5) 87 (10.0) 197 (22.6) 215 non rens.
11. A votre avis, le dépistage par mammographie permet-il d' <u>éviter les décès</u> par cancer du sein chez les femmes de <u>plus de 50 ans</u> ?	Non Oui, environ un quart des décès Oui, environ la moitié des décès Oui, environ trois quarts des décès Ne sais pas	40 (3.7) 227 (21.2) 308 (28.8) 263 (24.6) 231 (21.6) 17 non rens.

12. Etes-vous <u>d'accord</u> avec les <u>affirmations</u> suivantes qui concernent le cancer du sein et son dépistage ?		N (%)
a) Une femme peut avoir un cancer du sein même si elle ne palpe rien d'anormal dans ses seins	Pas du tout d'accord Plutôt pas d'accord Pas d'opinion Assez d'accord Tout à fait d'accord	18 (1.7) 44 (4.1) 83 (7.8) 351 (32.9) 572 (53.6) 18 non rens.
b) Plus une femme est âgée, plus son risque de développer un cancer du sein est grand	Pas du tout d'accord Plutôt pas d'accord Pas d'opinion Assez d'accord Tout à fait d'accord	134 (12.6) 305 (28.6) 165 (15.5) 293 (27.5) 170 (15.9) 19 non rens.
c) Il est d'autant plus facile de guérir un cancer du sein qu'on le découvre tôt	Pas du tout d'accord Plutôt pas d'accord Pas d'opinion Assez d'accord Tout à fait d'accord	5 (0.5) 11 (1.0) 8 (0.7) 151 (14.0) 904 (83.8) 7 non rens.
d) Une femme peut être traitée pour un cancer du sein sans qu'on lui enlève le sein	Pas du tout d'accord Plutôt pas d'accord Pas d'opinion Assez d'accord Tout à fait d'accord	15 (1.4) 20 (1.9) 58 (5.4) 253 (23.6) 728 (67.8) 12 non rens.
e) La mammographie de dépistage est utile même s'il n'y a pas de cancer du sein dans la famille	Pas du tout d'accord Plutôt pas d'accord Pas d'opinion Assez d'accord Tout à fait d'accord	16 (1.5) 12 (1.1) 17 (1.6) 178 (16.5) 857 (79.4) 6 non rens.

<p>f) La plupart des anomalies du sein détectées par la mammographie sont des cancers</p>	<p>Pas du tout d'accord Plutôt pas d'accord Pas d'opinion Assez d'accord Tout à fait d'accord</p>	<p>255 (23.8) 344 (32.1) 221 (20.7) 198 (18.5) 52 (4.9) 16 non rens.</p>
<p>g) La mammographie empêche l'apparition du cancer du sein</p>	<p>Pas du tout d'accord Plutôt pas d'accord Pas d'opinion Assez d'accord Tout à fait d'accord</p>	<p>804 (74.7) 149 (13.8) 44 (4.1) 46 (4.3) 33 (3.1) 10 non rens.</p>
<p>h) La mammographie est inutile chez les femmes qui se sentent en bonne santé</p>	<p>Pas du tout d'accord Plutôt pas d'accord Pas d'opinion Assez d'accord Tout à fait d'accord</p>	<p>733 (68.1) 154 (14.3) 29 (2.7) 52 (4.8) 108 (10.0) 10 non rens.</p>

<i>Echelle Rakowski (cons)</i>		N (%)
i) Je ne ferai probablement pas de mammographie à moins d'avoir un problème avec l'un de mes seins	Pas du tout d'accord Plutôt pas d'accord Pas d'opinion Assez d'accord Tout à fait d'accord	869 (80.7) 124 (11.5) 17 (1.6) 39 (3.6) 28 (2.6) 9 non rens.
j) Quand deux mammographies de suite sont négatives, il est inutile d'en faire d'autres	Pas du tout d'accord Plutôt pas d'accord Pas d'opinion Assez d'accord Tout à fait d'accord	674 (62.6) 166 (15.4) 84 (7.8) 66 (6.1) 86 (8.0) 10 non rens.
k) Si mon médecin examine mes seins à son cabinet, il est inutile de faire une mammographie	Pas du tout d'accord Plutôt pas d'accord Pas d'opinion Assez d'accord Tout à fait d'accord	749 (69.4) 220 (20.4) 31 (2.9) 49 (4.5) 31 (2.9) 6 non rens.
l) La mammographie risque souvent de conduire à une opération chirurgicale inutile	Pas du tout d'accord Plutôt pas d'accord Pas d'opinion Assez d'accord Tout à fait d'accord	673 (62.4) 225 (20.9) 122 (11.3) 34 (3.2) 25 (2.3) 7 non rens.
m) Si mon médecin ne parle pas de mammographie, je n'en parlerai pas non plus	Pas du tout d'accord Plutôt pas d'accord Pas d'opinion Assez d'accord Tout à fait d'accord	781 (72.4) 177 (16.4) 48 (4.5) 47 (4.4) 25 (2.3) 8 non rens.

<p>13. Scénario dépistage</p> <p>a) Sur la base de ces informations, feriez-vous ce test de dépistage ?</p>	<p>Base</p> <p>Base +allégé</p> <p>Base + faux positifs</p> <p>Base + allégé + faux positifs</p> <p>Base + surdiagnostic</p> <p>Base + allégé+ surdiagnostic</p>	<p>166 (93.8)</p> <p>169 (92.3)</p> <p>155 (90.6)</p> <p>158 (92.9)</p> <p>146 (85.9)</p> <p>180 (95.2)</p> <p>26 non rens.</p>
<p>13. Scénario dépistage</p> <p>b) Sur la base de ces informations, recommanderiez-vous ce test de dépistage ?</p> <p>(Certainement oui)</p>	<p>Base</p> <p>Base +allégé</p> <p>Base + faux positifs</p> <p>Base + allégé + faux positifs</p> <p>Base + surdiagnostic</p> <p>Base + allégé+ surdiagnostic</p>	<p>126 (70.8)</p> <p>141 (75.4)</p> <p>103 (59.9)</p> <p>124 (72.9)</p> <p>95 (55.6)</p> <p>125 (66.1)</p> <p>19 non rens.</p>
<p>14. Avez-vous déjà eu un cancer du sein confirmé par un médecin?</p>	<p>Oui</p> <p>Non</p>	<p>70 (6.5)</p> <p>1008 (93.5)</p> <p>8 non rens.</p>
<p>15. Si vous n'avez pas eu de cancer du sein, à votre avis, quel est votre <u>risque</u> d'avoir <u>un jour</u> un cancer du sein ?</p>	<p>Risque nettement moins élevé que celui des autres femmes</p> <p>Risque un peu moins élevé que celui des autres femmes</p> <p>Risque semblable à celui des autres femmes</p> <p>Risque un peu plus élevé que celui des autres femmes</p> <p>Risque nettement plus élevé que celui des autres femmes</p> <p>Je ne sais pas</p>	<p>56 (5.5)</p> <p>87 (8.6)</p> <p>575 (56.7)</p> <p>74 (7.3)</p> <p>16 (1.6)</p> <p>206 (20.3)</p> <p>72 non rens.</p>
<p>16. Etes-vous une fumeuse de cigarettes ?</p>	<p>Oui</p> <p>Non, j'ai arrêté de fumer</p> <p>Non, je n'ai jamais fumé</p>	<p>206 (19.2)</p> <p>327 (30.4)</p> <p>542 (50.4)</p> <p>11 non rens.</p>

17. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous <u>consulté</u>		N (%)
a) votre médecin de famille ("généraliste")?	0 1 2-3 4 et plus Pas de médecin de famille	96 (9.5) 329 (32.5) 314 (31.0) 208 (20.6) 65 (6.4) 74 non rens.
b) votre gynécologue ?	0 1 2-3 4 et plus Pas de gynécologue	134 (13.4) 711 (71.0) 98 (9.8) 16 (1.6) 42 (4.2) 85 non rens.
c) un autre médecin ou soignant ?	0 1 2-3 4 et plus Pas d'autre médecin	143 (19.0) 233 (30.9) 182 (24.2) 109 (14.5) 86 (11.4) 333 non rens.
18. Votre <u>médecin de famille</u> vous a-t-il (elle) recommandé d'avoir une mammographie de dépistage ?	Jamais Oui, une ou plusieurs fois durant les 2 dernières années Oui, mais pas durant les 2 dernières années	572 (61.0) 259 (27.6) 106 (11.3) 149 non rens.
19. Votre <u>gynécologue</u> vous a-t-il (elle) recommandé d'avoir une mammographie de dépistage ?	Jamais Oui, une ou plusieurs fois durant les 2 dernières années Oui, mais pas durant les 2 dernières années	99 (9.7) 770 (75.2) 155 (15.1) 62 non rens.

20. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est	Excellente Très bonne Bonne Médiocre Mauvaise	92 (8.7) 306 (28.8) 559 (52.6) 91 (8.6) 14 (1.3) 24 non rens.
21. Vivez-vous en couple ?	Oui Non	710 (65.8) 369 (34.2)
22. Quel <u>âge</u> aviez-vous au moment de votre dernier anniversaire ?	<i>Moyenne (ET)</i> 50-54 (dont <50, N=4) 55-59 60-65 66-70	59.1 (6.0) 314 (29.5) 253 (23.8) 243 (22.8) 255 (23.9) 21 non rens.
23. Dans quel <u>pays</u> êtes-vous née ?	Suisse Europe Hors d'Europe	555 (51.9) 375 (35.1) 139 (13.0) 17 non rens.
24. Depuis combien d'années <u>habitez-vous</u> Genève ?	<i>Moyenne (ET)</i> 2-10 11-30 31-70	40.4 (16.6) 45 (4.3) 271 (26.0) 725 (69.6) 45 non rens.
25. En tout, combien d' <u>années d'enseignement</u> avez-vous suivies (école primaire + école secondaire + apprentissage + enseignement technique + université) ?	<i>Moyenne (ET)</i> 0-10 11-13 14-16 17 et plus	14.1 (5.4) 197 (20.0) 260 (26.3) 264 (26.7) 266 (27.0) 99 non rens.

26. Exercez-vous une <u>activité professionnelle rémunérée</u> , même à temps partiel ?	Oui	593 (55.7)
	Non	472 (44.3) 21 non rens.
27. Quel est le <u>revenu mensuel net avant impôt du ménage</u> dans lequel vous vivez (additionner tous les salaires nets selon fiche de paye, les rentes, etc.) ?	2000 ou moins	67 (6.9)
	2001-4000	189 (19.6)
	4001-6000	203 (21.0)
	6001-8000	196 (20.3)
	>8000	311 (32.2) 120 non rens.

Tableau 2. Pratique habituelle du dépistage en 2012, en fonction des caractéristiques des répondantes (répartition en pour cent par rangée)

	Programme cantonal	Via médecin privé	Alterne les deux	Valeur p
Age				0.02
50-54 ans	33.2%	51.4%	15.4%	
55-59 ans	43.8%	46.0%	10.2%	
60-64 ans	34.8%	53.3%	11.9%	
65-70 ans	32.5%	58.6%	8.8%	
Pays de naissance				0.41
Suisse	37.2%	51.8%	10.9%	
Autre	33.6%	53.6%	12.8%	
Années d'études				0.035
0-10	40.9%	51.6%	7.5%	
11-13	38.4%	52.7%	9.0%	
14-16	34.3%	50.4%	15.3%	
17 et plus	29.9%	55.9%	14.3%	
Vit en couple				
Oui	34.9%	53.6%	11.5%	
Non	37.9%	50.0%	12.1%	
Activité professionnelle				0.10
Oui	38.0%	49.3%	12.7%	
Non	33.0%	56.1%	10.9%	
Revenu mensuel du ménage				0.06
6000 Frs ou moins	40.7%	47.3%	12.0%	
Plus de 6000 Frs	33.6%	54.9%	11.5%	
Santé perçue				0.57
Excellente ou très bonne	35.5%	54.1%	10.3%	
Bonne à Mauvaise	35.3%	52.2%	12.5%	

Dépistage recommandé par médecin de famille				0.14
Jamais	37.1%	50.6%	12.2%	
Oui, durant les 2 dernières années	31.7%	57.7%	10.6%	
Oui, pas durant les 2 dernières années	44.0%	43.0%	13.0%	
Dépistage recommandé par gynécologue				<0.001
Jamais	71.8%	23.5%	4.7%	
Oui, durant les 2 dernières années	26.6%	61.4%	12.1%	
Oui, pas durant les 2 dernières années	57.8%	27.9%	14.3%	
Connaissances concernant dépistage et cancer				0.33
0-69.9	41.9%	48.8%	9.4%	
70-79.9	38.8%	50.8%	10.4%	
80-89.9	33.8%	52.9%	13.3%	
90-100	31.4%	55.7%	12.9%	
Attitudes négatives				0.013
0-9.9	31.4%	57.4%	11.3%	
10-19.9	38.0%	46.5%	15.5%	
20-39.9	45.2%	44.7%	10.1%	
40-100	38.5%	49.0%	12.5%	

Tableau 3. Comparaison des participantes de 1998 et 2012.

	1998	2012	Valeur p
Effectif total	501	1086	
Age			0.16
50-54 ans	32.9%	29.5%	
55-59 ans	26.1%	23.8%	
60-64 ans	18.8%	22.8%	
65-70 ans	22.2%	23.9%	
Née en Suisse	54.3%	51.9%	0.38
Vit à Genève depuis			0.15
0-10 ans	6.0%	4.3%	
11-30 ans	28.7%	26.0%	
31-70 ans	65.3%	69.6%	
Années d'études			<0.001
0-10	31.2%	20.0%	
11-13	29.5%	26.3%	
14-16	22.4%	26.7%	
17 et plus	16.9%	27.0%	
Vit en couple	67.6%	65.8%	0.48
Activité professionnelle rémunérée	43.9%	55.7%	<0.001
Revenu mensuel du ménage excède 6000 frs	42.5%	52.5%	<0.001
Santé perçue			0.21
Excellente	10.1%	8.7%	
Très bonne	24.7%	28.8%	
Bonne	53.0%	52.6%	
Médiocre	9.7%	8.6%	
Mauvaise	2.4%	1.3%	
Tabagisme			0.003
Fume actuellement	16.6%	19.2%	
Ex-fumeuse	23.8%	30.4%	
Jamais fumé	59.6%	50.4%	

Tableau 4. Pratiques de dépistage, risque perçu, et recommandations, comparaison entre 1988 et 2012.

	1998	2012	Valeur p
Déjà eu une mammographie de dépistage	87.2%	97.1%	<0.001
2 mammographies ou plus au cours des 4 dernières années	56.3%	86.1%	<0.001
Nb total de mammographies au cours de la vie, moyenne (ET)	3.7 (4.0)	6.6 (5.8)	<0.001
Dernière mammographie date de 2 ans ou moins	75.2%	87.0%	<0.001
Intention de subir une mammographie de dépistage			<0.001
Non	22.1%	12.1%	
Dans 6 prochains mois	33.4%	39.5%	
Dans plus de 6 mois	44.5%	48.4%	
Scores de priorité, moyenne (ET)			
Dépistage cancer du sein	2.5 (1.3)	2.3 (1.3)	0.015
Prévention du Sida	2.4 (1.5)	3.1 (1.6)	<0.001
Prévention alcool au volant	3.6 (1.5)	3.3 (1.5)	0.001
Campagnes anti-tabac chez les jeunes	3.8 (1.7)	3.6 (1.7)	0.20
Dépistage cancer de la prostate	3.8 (1.4)	3.8 (1.5)	0.73
Dépistage dépression	5.0 (1.4)	4.9 (1.4)	0.38
Cancer du sein confirmé par un médecin	6.3%	6.5%	0.88
Risque perçu de cancer du sein comparé aux autres femmes			<0.001
Nettement moins élevé	4.9%	5.5%	
Un peu moins élevé	9.2%	8.6%	
Semblable	48.7%	56.7%	
Un peu plus élevé	4.5%	7.3%	
Nettement plus élevé	2.4%	1.6%	
Je ne sais pas	30.3%	20.3%	

Dépistage recommandé par médecin de famille			0.005
Jamais	67.8%	61.0%	
Oui, durant les 2 dernières années	19.2%	27.6%	
Oui, pas durant les 2 dernières années	12.9%	11.3%	
Dépistage recommandé par gynécologue			0.021
Jamais	12.8%	9.7%	
Oui, durant les 2 dernières années	69.3%	75.2%	
Oui, pas durant les 2 dernières années	18.9%	15.1%	
Recommandation reçue au cours des 2 dernières années	74.3%	80.0%	0.015

Tableau 5. Connaissances concernant le dépistage du cancer du sein, comparaison entre 1998 et 2012.

	1998	2012	Valeur p
Recommandation dépistage <50 ans			0.11
Oui, tous les ans	10.9%	10.6%	
Oui, tous les 2 ans	33.0%	32.7%	
Oui, tous les 4 ans	26.3%	20.8%	
Pas de recommandation	17.7%	22.1%	
Je ne sais pas	12.0%	13.8%	
Recommandation dépistage de 50 à 70 ans			<0.001
Oui, tous les ans	20.4%	21.4%	
Oui, tous les 2 ans	57.5%	71.2%	
Oui, tous les 4 ans	9.0%	2.8%	
Pas de recommandation	5.8%	1.2%	
Je ne sais pas	7.3%	3.4%	
Recommandation dépistage plus de 70 ans			<0.001
Oui, tous les ans	13.3%	19.4%	
Oui, tous les 2 ans	25.4%	30.5%	
Oui, tous les 4 ans	16.9%	17.5%	
Pas de recommandation	16.2%	10.0%	
Je ne sais pas	28.3%	22.6%	
Décès par cancer du sein évités grâce au dépistage			0.13
Non	1.8%	3.7%	
Oui, environ un quart des décès	18.5%	21.2%	
Oui, environ la moitié des décès	32.7%	28.8%	
Oui, environ trois quarts des décès	25.6%	24.6%	
Ne sais pas	21.4%	21.6%	

	Tout à fait d'accord ou assez d'accord (réponse correcte)		
	1998	2012	
Une femme peut avoir un cancer du sein même si elle ne palpe rien d'anormal dans ses seins	78.6%	86.4%	<0.001
Plus une femme est âgée, plus son risque de développer un cancer du sein est grand	39.5%	43.4%	0.15
Il est d'autant plus facile de guérir un cancer du sein qu'on le découvre tôt	96.6%	97.8%	0.16
Une femme peut être traitée pour un cancer du sein sans qu'on lui enlève le sein	85.5%	91.3%	<0.001
La mammographie de dépistage est utile même s'il n'y a pas de cancer du sein dans la famille	92.1%	95.8%	0.002
	Pas du tout d'accord ou plutôt pas d'accord (réponse correcte)		
La plupart des anomalies du sein détectées par la mammographie sont des cancers	55.2%	56.0%	0.78
La mammographie empêche l'apparition du cancer du sein	83.5%	88.6%	0.006
La mammographie est inutile chez les femmes qui se sentent en bonne santé	74.2%	82.4%	<0.001

Tableau 6. Attitudes envers le dépistage par mammographie (échelle de Rakowski), comparaison entre 1988 et 2012.

	1998	2012	Valeur p
	Pas du tout d'accord ou plutôt pas d'accord		
Je ne ferai probablement pas de mammographie à moins d'avoir un problème avec l'un de mes seins	78.3%	92.2%	<0.001
Quand deux mammographies de suite sont négatives, il est inutile d'en faire d'autres	66.0%	78.1%	<0.001
Si mon médecin examine mes seins à son cabinet, il est inutile de faire une mammographie	77.7%	89.7%	<0.001
La mammographie risque souvent de conduire à une opération chirurgicale inutile	78.0%	88.2%	0.013
Si mon médecin ne parle pas de mammographie, je n'en parlerai pas non plus	70.5%	88.9%	<0.001
	Moyenne (écart-type)		
Score d'attitudes négatives (« cons of mammography »)	23.7 (22.9)	13.9 (17.8)	<0.001
	Cronbach alpha (items standardisés)		
Fiabilité de l'échelle	0.72	0.76	

Tableau 7. Proportion de femmes ayant eu 2 mammographies ou plus au cours des 4 dernières années, en 1998 et 2012, par sous groupe de la population.

	1998	2012	P entre groupes (interaction)
Age	(p=0.032)	(p<0.001)	<0.001
50-54 ans*	58.8%	74.0%	
55-59 ans	63.4%	90.0%	
60-64 ans	55.3%	90.1%	
65-70 ans	45.0%	85.4%	
Pays de naissance	(p=0.70)	(p=0.76)	0.63
Suisse	55.5%	83.5%	
Autre	57.2%	83.8%	
Années d'études	(p=0.034)	(p=0.86)	0.58
0-10	49.3%	82.9%	
11-13	57.9%	84.6%	
14-16	58.5%	85.0%	
17 et plus	63.8%	83.6%	
Vit en couple	(p=1.00)	(p=0.86)	0.91
Oui	56.5%	84.2%	
Non	56.5%	83.8%	
Activité professionnelle	(p=0.76)	(p=0.024)	0.18
Oui	55.3%	81.7%	
Non	56.7%	87.0%	
Revenu mensuel du ménage	(p=0.004)	(p=0.56)	0.077
6000 Frs ou moins	50.2%	84.0%	
Plus de 6000 Frs	64.6%	85.3%	
Santé perçue	(p=0.27)	(p=0.57)	0.68
Excellente ou très bonne	52.9%	83.2%	
Bonne à Mauvaise	58.1%	84.6%	

* les femmes de 50-52 ans n'ont pas vécu 4 ans dans le groupe d'âge concerné

Connaissances concernant dépistage et cancer	(p<0.001)	(p=0.041)	0.28
0-69.9	40.2%	77.8%	
70-79.9	53.2%	83.7%	
80-89.9	63.4%	84.4%	
90-100	74.7%	88.9%	
Attitudes négatives	(p<0.001)	(p<0.001)	0.59
0-9.9	73.8%	89.1%	
10-19.9	68.8%	84.9%	
20-39.9	56.9%	79.9%	
40-100	26.0%	61.5%	

Tableau 8. Score moyen d'attitudes négatives envers le dépistage, en 1998 et 2012, par sous groupe de la population.

	1998	2012	P entre groupes (interaction)
Age	(p<0.001)	(p=0.51)	<0.001
50-54 ans	19.1	14.2	
55-59 ans	21.8	12.9	
60-64 ans	24.6	12.8	
65-70 ans	32.4	14.7	
Pays de naissance	(p=0.42)	(p=0.007)	0.031
Suisse	24.5	12.4	
Autre	22.8	15.4	
Années d'études	(p<0.001)	(p=0.003)	0.13
0-10	30.0	17.1	
11-13	21.8	13.3	
14-16	21.6	11.6	
17 et plus	17.8	12.3	
Vit en couple	(p=0.17)	(p=0.076)	0.67
Oui	22.6	13.2	
Non	25.6	15.2	
Activité professionnelle	(p=0.006)	(p=0.11)	0.068
Oui	20.4	13.1	
Non	26.0	14.9	
Revenu mensuel du ménage	(p<0.001)	(p<0.001)	0.084
6000 Frs ou moins	27.6	17.3	
Plus de 6000 Frs	16.7	10.4	
Santé perçue	(p=0.88)	(p=0.014)	0.27
Excellente ou très bonne	23.3	12.2	
Bonne à Mauvaise	23.6	15.0	

Tableau 9. Analyse du scénario de dépistage.

Accepterait de faire le test			Univarié		Multivarié	
	Proportion	Valeur p	Odds ratio	Valeur p	Odds ratio	Valeur p
Information concernant désavantages		0.54				
Aucune	93.1%		1.0		1.0	
Faux positifs	91.8%		0.83 (0.48 – 1.46)	0.53	0.84 (0.48 – 1.47)	0.54
Surdiagnostic	90.8%		0.74 (0.43 – 1.27)	0.27	0.73 (0.42 – 1.26)	0.26
Information concernant avantages		0.043				
Gain de survie	90.2%		1.0		1.0	
Gain de survie et traitements allégés	93.5%		1.58 (1.01 – 2.48)	0.045	1.59 (1.01 – 2.49)	0.043
Recommanderait certainement le test			Univarié		Multivarié	
	Proportion	Valeur p	Odds ratio	Valeur p	Odds ratio	Valeur p
Information concernant désavantages		0.003				
Aucune	73.2%		1.0		1.0	
Faux positifs	66.4%		0.72 (0.52 – 1.00)	0.050	0.73 (0.53 – 1.00)	0.054
Surdiagnostic	61.1%		0.58 (0.42 – 0.79)	0.001	0.57 (0.42 – 0.78)	<0.001
Information concernant avantages		0.001				
Gain de survie	62.2%		1.0		1.0	
Gain de survie et traitements allégés	71.4%		1.52 (1.18 – 1.96)	<0.001	1.53 (1.18 – 1.99)	<0.001

Tableau 10. Analyse des priorités en régression logistique ordinaire conditionnelle, avec ajustement pour l'ordre de présentation. Odds de recevoir un degré de priorité plus élevé que le dépistage de la dépression en 1998 et 2012, et test sur le changement entre 1998 et 2012.

	Odds ratio (intervalle de confiance à 95%)		Changement
	1998	2012	Valeur p
Les programmes de dépistage du cancer du sein	6.3 (5.2 – 7.6)	6.3 (5.7 – 7.3)	0.83
Les campagnes de prévention du SIDA	7.3 (6.0 – 9.0)	3.9 (3.4 – 4.4)	<0.001
Les campagnes contre l'alcool au volant	2.9 (2.4 – 3.5)	3.2 (2.9 – 3.6)	0.34
Les campagnes antitabac auprès des jeunes	2.9 (2.4 – 3.5)	2.7 (2.4 – 3.1)	0.62
Les programmes de dépistage du cancer de la prostate	2.7 (2.2 – 3.2)	2.4 (2.1 – 2.7)	0.32
Les programmes de dépistage de la dépression	1.0 (référence)	1.0 (référence)	-

Annexe 1 : permutations des 6 versions

a) Liste des priorités (selon version du questionnaire, de A à F)

A	B	C	D	E	F
HIV	Alcool	Dépression	Sein	Prostate	Tabac
Sein	Tabac	Alcool	Prostate	HIV	Dépression
Dépression	Prostate	HIV	Tabac	Sein	Alcool
Tabac	Sein	Prostate	Alcool	Dépression	HIV
Prostate	Dépression	Tabac	HIV	Alcool	Sein
Alcool	HIV	Sein	Dépression	Tabac	Prostate

b) Permutations du scenario en 2012 (selon version du questionnaire, de A à F)

A	B	C	D	E	F
Base	Base	Base	Base	Base	Base
	Ttt allégé		Ttt allégé		Ttt allégé
		Faux positifs	Faux positifs		
				Sur-diagnostic	Sur-diagnostic

c) Participants par version en 2012(N)

A	B	C	D	E	F
178	191	178	173	172	194