

ENQUÊTE DE SATISFACTION AUPRÈS DES FEMMES DU PROJET PILOTE DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN DU GOUVERNORAT DE L'ARIANA EN TUNISIE.

Zeghal D, Mahjoub S, Zakraoui MA, Ben Aissa R, Zaanouni E, Lazaar I, Mbarek F, Ouechtati A, Zouari F, Boussen H, Gueddana N.

Service « C », centre de maternité et de néonatalogie de la Rabta –Tunis

Zeghal D, Mahjoub S, Zakraoui MA, Ben Aissa R, Zaanouni E, Lazaar I, Mbarek F, Ouechtati A, Zouari F, Boussen H, Gueddana N.

ENQUÊTE DE SATISFACTION AUPRÈS DES FEMMES DU PROJET PILOTE DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN DU GOUVERNORAT DE L'ARIANA EN TUNISIE.

LA TUNISIE MEDICALE - 2009 ; Vol 87 - (n°07) : 480 - 483

RÉSUMÉ

Objectif : Evaluer le niveau de satisfaction auprès de femmes incluses dans le programme de dépistage mammographique du cancer du projet pilote de dépistage de cancer du sein dans le gouvernorat de l'Ariana.

Matériel et méthodes : Parmi les femmes explorées par mammographie, nous avons contacté 112 patientes qui avaient eu une vérification histologique indiquée par un examen positif. Nous avons établi un questionnaire concernant le niveau de satisfaction sur : la méthode d'invitation, le déroulement de l'examen, l'annonce du résultat et la prise en charge thérapeutique.

Résultats : L'âge moyen des patientes était de 49 ans. 64% avaient un niveau d'éducation scolaire primaire. 80 femmes, soit 71.4 % ont été satisfaites du déroulement du dépistage et de la méthode d'annonce. La principale cause de non satisfaction pour les patientes chez qui ont été retenus le diagnostic de cancer est le retard et l'accessibilité difficile aux traitements adjuvants. Parmi les patientes qui ont eu une vérification histologique : 47.3% avaient une pathologie maligne (53 cas) contre 37.5 % de bénignité (42 cas). 100% des patientes qui ont eu un résultat anatomopathologique rassurant sont satisfaites à la fin du programme de dépistage.

Discussion : L'impact psychosocial du dépistage doit être pris en considération dans l'élaboration des nouveaux programmes. Les conditions d'annonce et d'attente du résultat sont des facteurs primordiaux qui nous permettent de juger de la réussite du projet, car de la satisfaction des patientes va dépendre la qualité du suivi et l'adhérence au dépistage

MOTS - CLÉS

Cancer, sein, dépistage, mammographie, satisfaction, niveau, qualité, prise en charge.

Zeghal D, Mahjoub S, Zakraoui MA, Ben Aissa R, Zaanouni E, Lazaar I, Mbarek F, Ouechtati A, Zouari F, Boussen H, Gueddana N.

SATISFACTION INQUIRY WITHIN WOMEN INVOLVED IN THE PILOT PROGRAM OF LARGE SCALE MAMMOGRAPHY IN THE ARIANA STATE IN TUNISIA

LA TUNISIE MEDICALE - 2009 ; Vol 87 - (n°07) : 480 - 483

SUMMARY

Objectif: Evaluate the degree of satisfaction of women included in the large scale mammography program of breast cancer screening in the state of Ariana in Tunisia.

Matériel and methods: Within the women explored by mammography, we have contacted 112 patients who had a positive screening requiring histological checking. We have established a questionnaire concerning: the invitation, the clinical examination, the result announcement and the therapeutic management.

Results: The average age of patients was 49 years. 64% had a primary education level. 80 women or 71.4% were satisfied with the process of screening and the method of announcement. The main cause of dissatisfaction for patients with cancer diagnosis was delay and difficult access to adjuvant treatments. Among patients who had histological diagnosis: 47.3% had a malignant disease (53 cases) against 37.5% of benign (42 cases).

100% of patients who had a pathological result reassuring are satisfied at the end of the screening program.

Discussion: The psychosocial impact of screening must be considered for the development of new programs. The waiting and announcement of results are essential factors that allow us to judge the success of the project, because of patient satisfaction will depend the quality of monitoring and adherence to screening.

KEY - WORDS

Cancer, breast, screening, mammography, satisfaction, management, level of quality.

الملخص عدد

العنوان

بينت نتائج البحث أن 81% من النساء مرتاحات لإجراءات التقصي وطريقة التبليغ بالنتيجة وأن أهم سبب لعدم الإرتياح يتمثل في تأخر وصعوبة الحصول على الأدوية المكتملة للجراحة. كل النساء اللاتي لهن فحص نسيجي مطمئن مرتاحات لبرنامج التقصي. وإرتياح المعنيات بالأمر هو الذي يقيد في النهاية نوعية المتابعة والإنخراط في برنامج التقصي المبكر.

Le cancer du sein est la première néoplasie chez la femme dans le monde et en Tunisie représentant de fait un problème majeur de santé publique. On estime aux USA, qu'une femme sur 10 développera un cancer du sein au cours de sa vie [1]. Parmi les femmes qui développeront un cancer, 65% à 85% n'ont aucun facteur de risque.[1]. Le ciblage des femmes à dépister par mammographie reste encore actuellement orienté par l'âge auquel il a le meilleur rapport qualité-prix (). Ce dépistage reste donc la seule modalité permettant de réduire l'incidence et la mortalité par cancer du sein avec une augmentation des chances de guérison, mais également un allègement du protocole thérapeutique chirurgical et médical qui sera moins agressif. L'un des problèmes sensibles des campagnes de dépistage est d'arriver à un équilibre entre le ciblage idéal de l'âge des patientes et la recherche des meilleurs moyens de satisfaction des femmes explorées au moindre coût sans pour autant augmenter leur angoisse.

Nous avons voulu évaluer dans ce travail concernant le projet pilote de dépistage du cancer du sein de l'Ariana le degré de satisfaction des femmes incluses dans le projet et ayant bénéficié d'une vérification histologique diagnostique pour examen positif.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le premier tour du programme de dépistage mammographique du cancer du sein, établi sous la tutelle du ministère de la santé publique et mené par l'office national de la famille et de la population avec la participation de 6 centres de gynécologie et de l'institut Salah Azaiz a pris fin en juin 2007 . Il a permis la pratique de 8244 mammographies. Nous avons au vu de ces résultats pu convoquer des femmes ayant eu un dépistage positif nécessitant une vérification chirurgicale. Notre cohorte est constituée de 116 femmes avec mammographie positive soit un taux de 1.4%

Nous avons réalisé un questionnaire concernant : le profil des patientes, l'existence ou non de facteurs de risque, le niveau de satisfaction pour la qualité du dépistage et de la prise en charge thérapeutique. Certaines femmes appartenant au district de l'Ariana, ont été invité ; par écrit ; pour avoir un rendez-vous de mammographie. Les résultats sont disponibles au bout de 15 jours et sont communiqués par un médecin qui participe à ce projet. Les femmes dont la mammographie est positive seront reconvoquer pour organiser les examens complémentaires.

RÉSULTATS

8244 femmes ont eu un examen mammographique durant le premier tour du projet pilote du dépistage du cancer du sein du gouvernerat de l'Ariana (avril 2004 à juin 2007); 647 mammographies étaient pathologiques. 116 femmes, soit 17,9 % ont eu une vérification histologique. Nous avons pu convoquer et interroger 112 parmi les 116 patientes (Tableau ???).

L'âge moyen des patientes était de 49 ans(39 à 65) et 90,2% d'entre étaient mariées. La majorité des femmes(64%) avaient un niveau d'éducation scolaire primaire. 6.3% des femmes dépistées avaient un niveau socioéconomique élevé, mais 50% d'entre elles seulement avaient une couverture sociale.

80 femmes, soit 71.4 % ont été satisfaites du déroulement du dépistage et de la méthode d'annonce et de la façon dont a été exposé la nécessité au recours à un geste chirurgical.

Elles recommanderaient même à leurs proches de suivre un programme de dépistage.

Parmi celles qui ne sont pas satisfaites, les causes de désagrément sont diverses :

- Le refus de la maladie et la mauvaise préparation lors de l'annonce de la pathologie.

- La lourdeur de la prise en charge dans certaines situations et la peur des investigations.

- Les longs délais d'attente des rendez-vous de prise en charge chirurgicale, nécessitent un arrêt de travail. Dans notre série, le délai moyen est de 10 jours.

- Les problèmes financiers que cette prise en charge engendrent, sachant que ce projet ne prend pas en charges les frais ultérieurs.

La principale cause de non satisfaction pour les patientes chez qui ont a retenu le diagnostic de cancer est le retard et l'accessibilité difficile aux traitements adjuvants : chimiothérapie et radiothérapie ; d'autant plus que ce sont des traitements mal tolérés et qui comportent plusieurs effets indésirables

On a aussi poussé l'interrogatoire pour connaître l'avis des partenaires de ses femmes :

12 patientes ont du divorcé après l'annonce du résultat de cancer mammaire, 35 n'ont pas souhaité donner leurs avis. Les autres maris essaient d'encourager leurs femmes en leurs offrant un soutien financier et moral.

On précisera aussi que parmi les patientes qui ont eu une mastectomie pour cancer du sein : 38 cas (72% des chirurgies pour cancer), 31 sont satisfaites du traitement versus 3 non satisfaites à cause de la mutilation inattendue. Alors que pour celles qui ont eu le traitement conservateur : 56 patientes soit 48.27 % du total des femmes, 49 sont satisfaites versus 4 non. A noter que 15 d'entre elles avaient une pathologie maligne (28% des chirurgies pour cancer du sein).

Dans 22 cas, nous n'avons pas pu préciser la réponse, probablement à cause de l'hésitation des femmes.

Parmi les patientes qui ont eu une vérification histologique : 47.3% avaient une pathologies malignes (53 cas) contre 37.5 % de bénignité (42 cas). Dans les autres cas, les femmes n'ont pas pu nous communiquer leurs résultats anatomopathologiques.

100% des patientes qui ont eu un résultat anatomopathologique rassurant sont satisfaites à la fin du programme de dépistage, malgré les délais d'attente et les éventuelles complications mineurs des actes chirurgicaux. Ces patientes ne se plaignent que des problèmes financiers.

DISCUSSION

Le dépistage a déjà démontré son intérêt, puisqu'on estime qu'entre le moment théorique ou un cancer peut être détecté à la mammographie, c'est-à-dire à une taille de 3 mm et une taille clinique de 10 mm, le rendant accessible à la palpation, il se sera écoulé environ 20 temps de doublement, soit une période de 4 ans[2].

Sa généralisation a engendré, par ailleurs, l'augmentation du nombre de découvertes d'anomalies radiologiques impalpables et d'indiquer de plus en plus des examens complémentaires permettant de confirmer ou d'infirmer le diagnostic de cancer. Cela n'est pas sans conséquences sur le plan psychologique pour les femmes qui dans notre projet ont été invité au hasard et qui se retrouvent en situation d'attente en cas de dépistage positif. Les conditions d'annonce et d'attente du résultat sont des facteurs primordiaux qui nous permettent de juger de la réussite du projet, car de la satisfaction des patientes va dépendre la qualité du suivi et l'adhérence au dépistage. L'impact psychosocial du dépistage doit être pris en considération dans l'élaboration des nouveaux programmes.

Notre étude a enregistré un taux de participation de 82 % après de la convocation. On peut supposé que les femmes ayant refusé de participer ont une anxiété plus élevée et qu'elles n'ont pas été satisfaites par la méthode de l'invitation. Mais le nombre réduit de ces patientes (4 cas) ne permet pas de conclure; et n'affecte pas nos résultats.

Avant de prendre connaissance du résultat, les femmes négatives et positives présentent le même niveau d'anxiété.

Celle-ci augmente durant les jours qui précèdent l'annonce du résultat. Dans notre série, cette période est 9.7 jours, sachant que selon le guideline européen la durée acceptable est inférieure à 15 jours.[2]

L'anxiété est d'autant plus importante chez les patientes dépistées positives, surtout si le délai entre le diagnostic positif et la prise en charge chirurgicale est long. Dans notre série, le délai moyen est de 10 à 15 jours.

Les femmes fausses positives ; c'est à dire qui ont une pathologie bénigne à l'examen anatomopathologique ; auront un suivi moins régulier et plus espacé. Elles seront donc plus satisfaites puisque plus rassurées.[3]

La satisfaction globale dans notre série est de 80%. Elle est différente après le traitement chirurgical selon les modalités de celui-ci. Elle est de 81.6% pour les femmes ayant eu une mastectomie et de 87.5% pour les traitements conservateurs toutes pathologies confondues.

On note que une patiente sur quatre n'est pas satisfaite après traitement conservateur pour un cancer du sein. On pourrait expliquer ce fait par le résultat probablement non esthétique du sein restant ou par l'anxiété qui peut être engendrer par le fait de garder le sein source de maladie. Au contraire les patientes ayant eu une mastectomie paraissent plus rassurées malgré le geste mutilant qu'elles ont subi. On signalera aussi que parmi les 10 femmes non satisfaites 7 avaient une pathologie maligne, parce que le diagnostic de la maladie a été brutal et les patientes n'ont pas pu faire le deuil de leur sein. On devrait pour cela insister sur le rôle de la chirurgie plastique après la fin du traitement carcinologique. Ce volet devrait être discuté avec les patientes dès l'annonce du résultat pour diminuer l'anxiété des patientes et les aider à accepter la maladie.

La communication des résultats devrait être individualisée et on devrait offrir un espace suffisant aux questions des femmes. Surtout que dans notre série, la majorité des patientes sont analphabètes ou ont un niveau de scolarité primaire.

La satisfaction des conjoints a été notée dans 90% des cas, ceci

est indispensable car facilite la prise en charge et aide la patiente à surmonter son angoisse. Les études qui se fondent sur des suivis prolongés, mettent en évidence une diminution des réactions psychosociales tout au long de l'observation [3].

On note dans notre série que le suivi va en diminuant tout au long des années avec 62%, 42% et 20.5% de surveillance au cours de la première, deuxième et troisième année respectivement.

D'une manière générale, l'invitation au dépistage devrait être suivi d'une information éclairée sur les implications de la mammographie surtout en cas de résultat positif. La diffusion de cette information devrait permettre de recevoir le résultat de manière plus sereine. Le niveau économique influencerait peu les femmes dans leurs démarches de dépistage [4].

Un facteur primordial de la satisfaction des patientes est l'interaction entre les femmes et le professionnel de la santé.[5] En effet, le mode de communication et sa qualité, la rencontre des attentes mutuelles, le degré de satisfaction de la personne-patiente mais aussi du soignant, la qualité des soins de l'information et de l'éducation seront conditionnés par les interactions et les influences entre les responsables du projet et le public cible [6]

Selon Sutton et al. [6] les femmes les plus jeunes sont moins satisfaites que les femmes les plus âgées, mais leurs anxiétés les amènent à accepter l'invitation au dépistage [7].

Les femmes mariées ou vivants en couple ou ayant un réseau de famille étendu, ont un comportement plus favorable face à l'examen de dépistage [8]. Dans son étude, Eisinger et al. [9] révèlent que les femmes ayant un niveau d'étude inférieur au bac n'effectueront une mammographie que si elles seront sollicitées par un programme de dépistage. L'idée de participer à un projet « pilote » peut également engendrer un comportement favorable [10]. Dans notre projet le taux de rappel est de 18.1%. Il considéré comme élevé puisqu'il ne devrait pas dépasser 7%, mais on expliquerait ce taux élevé par le jeune âge relative des patientes puisque la moyenne est de 49 ans. La densité mammaire nécessite des contrôles par des clichés supplémentaires de mammographie et par l'échographie.

Enfin, les motifs de la non participation à l'examen de dépistage sont principalement le coût de l'examen, les difficultés pratiques et le manque de temps [11]. Dans notre série, le coût de la prise en charge thérapeutique, était le principal handicap, malgré que 50% des femmes avaient une couverture sociale.

CONCLUSION

Au terme des résultats de notre étude et de la revue de la littérature, on pourrait mettre en évidence certains facteurs qui déterminent le degré de satisfaction du programme de dépistage des patientes.

Mais il semble tout aussi utile de cibler les facteurs sur lesquels on pourrait agir :

- Les femmes participent plus facilement au dépistage si l'invitation se fait via une lettre et si la date, l'heure et le lieu de l'examen sont clairement précisés et signé par un médecin.

Un rappel serait même nécessaire si les femmes ne répondent pas au premier appel à l'examen.

- Le degré de compliance est plus élevé au près de la tranche d'âge 40-50 ans , on devrait donc cibler le dépistage plus vers cette population.
- L'Importance de la notion de médecin de famille qui devrait intervenir dans les campagnes de dépistage.
- La sensibilisation de façon accrue des médias, pour encourager les patientes à participer et à se faire suivre.
- L'accompagnement des patientes qui ont eu un test positif et l'aide à accepter la prise en charge chirurgicale.
- L'action au niveau des institutions hospitalières pour accélérer

la prise en charge thérapeutique et personnaliser celle-ci en cas de cancer surtout.

- L'augmentation du nombre des instituts de carcinologie notamment les services de chimio et de radiothérapie pour diminuer les files d'attente.
 - La prise en charge psychologique en cas de traitement adjuvant lourd.
 - L'importance du suivi pour les femmes positives et la continuation du dépistage pour les négatives.
- Tous ces efforts permettront un meilleur taux de participation et une meilleure adhérence au dépistage et au traitement dans des conditions optimales.

RÉFÉRENCES

1. D.schotterfeld, J. Fraumeri. Cancer Epidemiology and prevention: Oxford university press. 1996.
2. Wilson et Yonger : critères du dépistage, OMS 1968.
3. Marteau TM . Reducing the psychological costs. Br Med J 1990;301:26-8.
4. Miller AB. The costs and benefits of breast cancer screening. Am J Prev Med 1993;9:175-80.
5. Centre de recherche opérationnelle en santé publique. Louis Pasteur. La santé de la population en Belgique, en communauté française, en région Wallone et en région bruxelle capitale, résumé des résultats, enquête de santé, Belgique 1997, P38 :69-70
6. Sutton S, Saidi G, Bickler G, Hunter J. Does routine Screening for breast cancer raise anxiety from a three wave prospective study in England. J. epidemiol community health 1995;49:413-8..
7. Savage AS., Clarke AV. Factors associated with screening mammography and breast self examination interventions, health education research, vol 11,n°4:409-21.
8. Meystre-Agustoni G, Exploring for non participation of women in a breast cancer screening campaign, european journal of public health, vol 8, n°2: 143-145.
9. Eisinger F, Moatti JP. Attitudes de la population féminine française face au dépistage des cancers, Bull cancer, 81 :683-690.
10. Mc Noe Br, Richardson AK, factors affecting participation in mammography screening, New zeland Medical Journal, 27 septembre 1996,109: 359-361.
11. Valdini A, Cargill C, access and barriers to mammography in new England community health centers, the journal of family practice, septembre 1997, vol 45, n°3:243-249.