



Projet de pratique efficace en santé publique

Décembre 2005

Le présent sommaire est un condensé du travail effectué par les auteurs d'un examen systématique, et il a pour but de donner un aperçu des conclusions et des répercussions de l'examen complet, dont la référence bibliographique est indiquée ci-dessous. Pour de plus amples renseignements sur chacune des études mentionnées dans ledit examen, veuillez consulter ce dernier.

Référence bibliographique de l'APA pour l'examen : Legler, J., Meissner, H.I., Coyne, C., Breen, N., Cholleto, V. et Rimer, B.K. (2002). **The Effectiveness of Interventions To Promote Mammography among Women with Historically Lower Rates of Screening**, *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 11, 59-71

Question : Le cancer du sein est le cancer le plus répandu chez les Canadiennes et représente la principale cause de décès par le cancer chez elles, après celui du poumon (Agence de santé publique du Canada, 2004). En 2005, on estime qu'il sera diagnostiqué chez 21 600 femmes et que 5 300 d'entre elles en mourront. En Ontario, on estime qu'en 2005, il sera diagnostiqué chez 8 200 femmes et que 2 000 d'entre elles en mourront (Société canadienne du cancer, 2005).

Il n'existe aucun moyen établi de prévenir le cancer du sein. Ainsi, le dépistage précoce par la mammographie constitue la meilleure façon de sauver des vies (Cancer 2020 Steering Committee, 2003). Des études sur la mammographie de dépistage régulière chez les femmes de 50 à 69 ans ont révélé que le risque de mourir du cancer du sein était réduit en moyenne de 30 %. Au Canada, le dépistage du cancer du sein par la mammographie peut se faire par l'entremise d'un programme provincial ou territorial ou par le secteur des services fournis selon le principe de l'utilisateur payeur (Agence de santé publique du Canada, 2004). En Ontario, on estime que 62 % des femmes de 50 à 69 ans ont passé un test de dépistage, alors que seulement 20 % l'ont fait par le biais d'un programme organisé, soit le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) (Cancer 2020 Steering Committee, 2003). Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a pour objectif de faire passer à 70 % d'ici à 2010 la proportion de femmes âgées de 50 à 69 ans qui reçoivent une mammographie de dépistage par le PODCS (ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 1997), alors que celui d'Action Cancer Ontario est de 90 % (Cancer 2020 Steering Committee, 2003).

Les femmes qui sont moins susceptibles d'avoir passé une mammographie (selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes) sont celles dont le niveau de scolarité est inférieur et qui sont célibataires, sous-employées et nées à l'extérieur de l'Amérique du Nord, de l'Europe ou de l'Australie. De plus, on note une variation géographique entre les provinces (Agence de santé publique du Canada, 2004). Selon les communautés autochtones, le dépistage du cancer colorectal, du sein et de la prostate est difficile à obtenir (Aboriginal Cancer Care Unit, 2002).

Sommaire du contenu de l'examen : Un examen systématique fondé sur des techniques de méta-analyse a été effectué dans le but d'étudier l'efficacité des interventions visant à augmenter le dépistage par mammographie dans divers groupes où les taux sont traditionnellement inférieurs à la moyenne. Ces groupes se composent de femmes disproportionnellement plus

Ville de Hamilton
Services de Santé Publique

Kingston, Frontenac and Lennox
& Addington Santé Publique

Middlesex-London Division de la Santé

Service de santé publique de
Sudbury et du district

Santé Publique Ottawa

Direction de la santé publique
Ministère de la Santé et des Soins de
longue durée

vieilles ou plus pauvres qui font partie de minorités ethniques, dont le degré de scolarité est plus bas et qui vivent en région rurale.

La méta-analyse reposait sur 38 études expérimentales ou quasi-expérimentales sur échantillon contrôlé, axées spécifiquement sur les résultats de mammographie distincts qui ont été obtenus pour les divers groupes susmentionnés. Le résultat d'intérêt était la réception du mammogramme (normalement basé sur l'auto-évaluation) dans un délai précis où le nombre de mois variait d'une étude à l'autre. Voici quels étaient les types d'interventions évalués : (a) axées sur la personne (p. ex., la consultation individuelle, les lettres et les rappels personnalisés ou non et la consultation téléphonique), (b) axées sur le système (p. ex., les invitations par le fournisseur), (c) pour améliorer l'accès (p. ex., en offrant le transport jusqu'au lieu de rendez-vous, en facilitant l'établissement du calendrier et en procurant des caravanes, des bons et des mammogrammes à prix réduit), (d) par réseau social (p. ex., grâce à des pairs responsables et à des conseillères profanes en matière de santé), (e) par l'éducation communautaire, (f) par les médias de masse et (g) par stratégie multiple (combinaison de types d'interventions). Les interventions les plus rigoureuses portaient sur les obstacles structureaux, économiques et géographiques au recours à la mammographie (interventions pour l'amélioration de l'accès), ainsi que sur les facteurs intrapersonnels et interpersonnels. En général, les stratégies multiples permettaient davantage d'augmenter le recours à la mammographie que celles qui étaient uniques. Dans l'ensemble, l'ampleur de l'effet (exprimée par l'écart dans les taux de mammographie entre les groupes ayant fait l'objet d'une intervention et les groupes témoins) allait de 12 %, pour les femmes qui n'étaient pas de race blanche à 18 %, pour les femmes âgées.

Remarques sur la méthode employée pour le présent examen : Les examinateurs ont mis à jour une base de données d'études sur le dépistage par mammographie pour inclure les études sur échantillon contrôlé publiées en anglais de 1984 à août 2000. Des efforts ont aussi été déployés pour trouver la documentation non publiée. Les critères d'admissibilité et l'abstraction de données ont été bien décrits. Vingt-cinq des 32 études incluses dans l'examen reposaient sur une répartition aléatoire. Les effets des interventions ont été mesurés par les différences entre les taux de dépistage enregistrés chez les groupes ayant fait l'objet d'une intervention et chez les groupes témoins, sauf si l'on avait recouru au modèle avant-après. Ensuite, on s'est servi de la différence de changement enregistrée d'un groupe à l'autre entre la situation avant l'intervention et celle observée après. Parmi les résultats obtenus pour les 38 études, on a découvert une forte hétérogénéité, et l'ampleur de l'effet global n'a pas été indiquée. Des analyses ont été effectuées pour les sous-groupes relativement aux études sur les femmes plus âgées (de 60 ans ou plus), à faible revenu (les définitions variaient d'une étude à l'autre) et non blanches (afro-américaines, hispaniques, asiatiques et amérindiennes, par ordre décroissant de fréquence) et aux différents types d'intervention, mais une forte hétérogénéité a aussi été observée dans ces mêmes sous-groupes. Pour étudier les sources d'hétérogénéité, on s'est servi de la méta-régression. Même si les techniques statistiques étaient décrites de manière très détaillée, les résultats n'étaient pas présentés clairement.

Les éléments de preuve NE SONT PAS pondérés ou classés selon leur importance.

Quelles sont les preuves?	Répercussions sur la pratique et les politiques :
> Une méta-analyse a prouvé que les interventions en établissement de soins de santé qui avaient pour but d'améliorer l'accès (14 études) et celles qui étaient axées sur la personne (15 études)	> Il y a lieu d'effectuer d'autres recherches pour établir la différence entre les effets qu'ont différentes interventions pour améliorer l'accès sur certains groupes cibles.

Ville de Hamilton
Services de Santé Publique

Kingston, Frontenac and Lennox
& Addington Santé Publique

Middlesex-London Division de la Santé

Service de santé publique de
Sudbury et du district

Santé Publique Ottawa

Direction de la santé publique
Ministère de la Santé et des Soins de
longue durée

peuvent augmenter d'environ 18 % le recours au dépistage par mammographie chez divers groupes de femmes.	
<p>> L'effet le plus marqué (27 %) a été observé dans neuf études sur la combinaison entre les interventions qui avaient pour but d'améliorer l'accès et celles qui étaient axées sur la personne. Venaient ensuite cinq études sur la combinaison entre celles qui avaient pour but d'améliorer l'accès et celles qui étaient axées sur le système (augmentation de 20 %). Mais la comparaison directe entre différentes interventions n'a apporté aucune preuve.</p>	<p>> Il faut effectuer d'autres recherches afin d'examiner des combinaisons précises d'interventions dans le cas de certains sous-groupes cibles.</p>
<p>> La méta-analyse des données tirées de 11 études a permis de découvrir une forte augmentation statistique de 18 % du taux de mammographie par rapport aux groupes témoins de femmes âgées.</p>	<p>> Les interventions ciblées semblent avoir surtout un effet sur les femmes âgées. Alors, on voudra peut-être axer les interventions connues sur ce groupe.</p>
<p>> La méta-analyse des données tirées de 26 études, où plus de 40 % des participantes touchaient un faible revenu, a permis de découvrir une forte augmentation statistique de 13 % du taux de mammographie par rapport aux groupes témoins.</p>	<p>> Il y a lieu de mener d'autres études sur les femmes à faible revenu, en mettant l'accent sur les interventions les plus prometteuses.</p>
<p>> La méta-analyse des données tirées de 24 études, où plus de 40 % des participantes n'étaient pas blanches, a permis de découvrir une forte augmentation statistique de 12 % du taux de mammographie par rapport aux groupes témoins. Les données portant sur des groupes ethniques concernaient seulement les Afro-américaines, et les populations rurales n'ont nullement été analysées.</p>	<p>> Il faut effectuer d'autres recherches sur les interventions dans le cas des populations autochtones, francophones et rurales.</p>

Répercussions générales : Il semble que c'est la combinaison entre les interventions qui avaient pour but d'améliorer l'accès et celles qui étaient axées sur la personne qui a le mieux fonctionné pour les divers groupes touchés par le présent examen. La plupart des conclusions reposent sur la population féminine américaine, où des sous-groupes divers comme les non-blanches ne correspondraient probablement pas aux sous-groupes équivalents du Canada. Il y a lieu d'effectuer des recherches auprès de sous-groupes plus pertinents. De plus, les différences entre les systèmes de soins de santé des États-Unis et du Canada contribuent peut-être au fait que certaines interventions pour améliorer l'accès soient plus efficaces chez les Américaines.

Renseignements sur le rapport coût-avantage ou coût-efficacité : non inclus dans l'examen.

Références bibliographiques utilisées pour donner un aperçu de la question :

Aboriginal Cancer Care Unit, Action Cancer Ontario (2002). Analysis of the Findings: Aboriginal Cancer Care Needs Assessment, Toronto ON : Action Cancer Ontario, disponible sur le site Web : <http://www.cancercare.on.ca/documents/accuanalysisoffindings.pdf>

Agence de santé publique du Canada. Rapport d'étape sur la lutte contre le cancer au Canada, disponible sur le site Web : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/prccc-relccc/chap_4_f.html

Cancer 2020 Steering Committee (2003). Targeting Cancer: An Action Plan for Cancer Prevention and Detection. Cancer 2020 Summary Report, Toronto, ON : Société canadienne du cancer (division de l'Ontario) et Action Cancer Ontario, disponible sur le site Web : http://www.cancercare.on.ca/pdf/Cancer2020CCS-1513Report_summary.pdf

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (1997). Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires, disponible sur le site Web : <http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/pubhealth/manprog/mhp.pdf>

Société canadienne du cancer, Institut national du cancer du Canada (2005). Statistiques canadiennes sur le cancer 2005. Toronto, Canada, 2005, disponible sur le site Web : http://www.cancer.ca/ccs/internet/standard/0,3182,3172_14279_langld-fr,00.html

Autres références bibliographiques sur le sujet :

Peek, M.E., Han, J.H. (2004). Disparities in screening mammography: Current status, interventions and implications, *Journal of General Internal Medicine*, 19:184-194

Task Force on Community Preventive Services. (2005) Improving the Use of Breast, Cervical and Colorectal Cancer Screening, disponible sur le site Web : <http://www.thecommunityguide.org/cancer/screening/ca-screening.pdf>

Auteure du sommaire : Jane Hohenadel, épidémiologiste, Service de santé publique de Sudbury et du district, Sudbury (Ontario)

Ville de Hamilton
Services de Santé Publique

Kingston, Frontenac and Lennox
& Addington Santé Publique

Middlesex-London Division de la Santé

Service de santé publique de
Sudbury et du district

Santé Publique Ottawa

Direction de la santé publique
Ministère de la Santé et des Soins de
longue durée

Coordonnées du Projet de pratique efficace en santé publique (PPESP) :

Public Health Services
Projet de pratique efficace en santé publique
2, rue King Ouest, 3^e étage
Dundas (Ontario) L9H 6Z1

Téléphone : 905-546-2424, poste 1578
Télécopieur : 905-628-6465
Courriel : ephpp@hamilton.ca
Site Web : <http://www.hamilton.ca/ephpp>



Le format du présent sommaire a été adapté d'après health-evidence.ca (www.health-evidence.ca).

Ville de Hamilton
Services de Santé Publique

Kingston, Frontenac and Lennox
& Addington Santé Publique

Middlesex-London Division de la Santé

Service de santé publique de
Sudbury et du district

Santé Publique Ottawa

Direction de la santé publique
Ministère de la Santé et des Soins de
longue durée