



Comment augmenter la participation au dépistage organisé du cancer du sein ?

Pascale Gayraud

Médecin de santé publique,
consultante

Moïse Namer

Cancérologue, président d'Aprémas

Claire Granon

Médecin, directrice d'Aprémas

À partir d'une étude dans son département, le centre de coordination du dépistage des cancers des Alpes-Maritimes propose des pistes pour accroître la participation des femmes au dispositif.

Dès son expérimentation en France, le dépistage organisé (DO) du cancer du sein s'est heurté à la difficulté d'adhésion de l'ensemble du groupe des femmes ciblées (les 50-69 ans dans un premier temps, les 50-74 ans depuis 2001). Un des freins au développement du dépistage organisé était la coexistence du dépistage individuel (DI) d'autant plus que, alors, les modalités pratiques du dépistage individuel assuraient un suivi plus approfondi des femmes. Tenant compte de cette difficulté, un nouveau cahier des charges du dépistage organisé a été défini en 2001, alignant le DO sur le DI et le rendant plus performant que le DI grâce à la double lecture.

Malgré cela, l'adhésion des femmes au DO reste insuffisante. Seuls les taux de participation¹ de quelques départements dépassent 60 %, taux nécessaire à une diminution de la mortalité par cancer du sein.

Dans les Alpes-Maritimes, ce taux est de 37 % malgré l'implantation ancienne du dépistage (1989). Dans le but d'accroître ce niveau de participation, le centre de coordination du dépistage des cancers Aprémas², a décidé en 2005 de mener, avec l'aide de Pascale Gayraud, consultante en santé publique, un travail poursuivant trois objectifs :

1. Taux de participation Insee (le dénominateur est l'effectif de la population cible selon la projection Omphale hypothèse 1,8) 2004-2005, source InVS.
2. Association pour la prévention des maladies cancéreuses.

- Comprendre pourquoi le dépistage organisé enregistre une mauvaise participation dans le département.

- Définir une stratégie d'action pour augmenter la participation des femmes.

- Définir les modalités de suivi de la participation des femmes pour pouvoir évaluer par la suite la stratégie mise en œuvre.

L'étude, qui s'est déroulée de décembre 2005 à juillet 2006, s'est appuyée sur différents éléments : revue de la littérature, indicateurs disponibles, expérience du département du Rhône, enquête auprès de femmes et enquête auprès de médecins. Ses constats et les pistes de travail qui ont pu être dégagés intéresseront sans doute d'autres départements.

Les constats de l'étude

Ce que dit la littérature

Compte tenu du contexte français dans lequel on se situe (dépistage organisé gratuit, coexistence du dépistage individuel, modalités d'organisation précises...), on peut retenir les points suivants de la revue de la littérature.

Les facteurs d'adhésion des femmes au dépistage du cancer du sein sont :

- Le fait de se sentir vulnérable ;
- Le fait d'avoir un comportement positif par rapport à sa santé ;
- Le fait d'être confrontée au cancer de proches ;
- La bonne compréhension du dépistage et la connaissance du dispositif ;
- Le fait d'avoir un bon soutien social ;

- Le fait d'être encouragée par son médecin pour participer au dispositif.

Le premier frein à la participation est vraisemblablement la peur de l'examen et surtout celle de ses résultats. La perception du dépistage organisé comme un dispositif social, de moindre qualité, est un frein spécifique à la pratique du dépistage organisé. D'autre part, une ressource insuffisante en radiologues peut également limiter la participation.

Augmenter l'adhésion des femmes nécessite de travailler sur :

- Le soutien par les médecins (généralistes, gynécologues et radiologues) du dépistage organisé auprès des femmes ;

- Les conditions d'accueil et de réalisation de la mammographie, notamment la relation avec le radiologue et le personnel du cabinet, les explications sur la double lecture et la qualité du matériel

- Le courrier d'invitation ;

- Le délai d'envoi des résultats de la double lecture ;

- L'information pour certains groupes de femmes.

Ce que disent les chiffres départementaux

Les taux de participation des femmes au DO ne peuvent être analysés seuls car ils ne rendent pas compte de la situation globale des femmes de 50 à 74 ans. En Paca, une étude a été menée par l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) sur 2004-2005. Elle permet de connaître le taux global de couverture mammographique des femmes dépendant de la CPAM des Alpes-Maritimes (hors sections locales mutualistes). L'étude considère les femmes qui ont réalisé au moins une mammographie bilatérale sur une durée de vingt-quatre mois. Le taux de couverture se situe dans une fourchette allant de 53 % à 66 % et se trouve très probablement au niveau supérieur de l'intervalle. Il apparaît donc relativement satisfaisant, même si une marge de progrès existe. Son niveau est lié à l'importance du suivi individuel des femmes dans le département : le taux de dépistage individuel se situe entre 24,5 % et 38 % (au-dessus du suivi en dépistage organisé, évalué à 28 % dans l'étude de l'Urcam).

La répartition DO/DI s'explique en partie par les caractéristiques du département par rapport à la France : offre de soins importante, forte part des gynécologues en secteur 2 et niveau d'études élevé des

Mammographie numérique

La mammographie numérique est une technique relativement récente (une dizaine d'années environ). Son introduction dans la pratique a soulevé deux problèmes pour le dépistage :

- Comparée à la technique de référence, la mammographie analogique, la mammographie numérique est-elle aussi, plus, ou moins performante pour le dépistage des lésions mammaires ?

- Les installations concernées présentent-elles les mêmes garanties de sécurité que les installations analogiques ? Peut-on mettre en place un contrôle de qualité qui s'appuie sur un cahier des charges validé ?

Sur le premier point, les conclusions d'un vaste essai réalisé aux États-Unis et au Canada sur 50 000 femmes (Essai D_MIST) ont été rendues publiques fin 2005. Il montre qu'il n'y a pas de supériorité d'une technologie sur l'autre à l'exception d'une meilleure détection par la technologie numérique des lésions dans des seins denses et avant 50 ans. Dans le cadre du dépistage organisé du cancer

du sein, la technologie numérique pourra donc être utilisée mais sans apporter de bénéfice supplémentaire sauf pour les femmes aux seins encore très denses après 50 ans, c'est-à-dire 10 à 20 % des femmes environ.

Concernant le deuxième point, il a fallu attendre l'écriture des cahiers des charges du contrôle de qualité et former les équipes de contrôleurs avant de donner les premiers agréments. Ces contrôles sont plus complexes qu'en analogique et nécessitent des équipes expérimentées en physique mais également en informatique et en électronique.

À l'heure actuelle, toutes les installations numériques qui font de la mammographie doivent se faire contrôler, et ce, avant le 11 mars 2007. L'agrément technique pourra déboucher sur l'autorisation de participer au dépistage fin 2007 ou début 2008.

Par ailleurs, la technologie numérique présente des avantages certains pour l'archivage et la transmission des mammographies. ■

femmes. D'autres indicateurs départementaux jouent en défaveur du dépistage de façon générale : âge plus élevé des femmes à l'intérieur de la tranche d'âges en comparaison aux chiffres nationaux, femmes moins souvent mariées, et moins souvent actives.

Ce que disent les femmes ciblées par le DO

Les enquêtes menées auprès des femmes du département (analyse de 175 réponses spontanées aux invitations ou relances, enquête auprès de 4 femmes non participantes au DO et enquête auprès de 20 femmes dépistées en dehors du DO) ont permis surtout de connaître les femmes suivies en dépistage individuel. Chez ces femmes, les obstacles à l'utilisation du DO sont nombreux :

- Rythme plus fréquent des mammographies justifié par des raisons « médicales ».

- Suivi régulier installé antérieurement à l'âge de la première invitation.

- Rapports de confiance avec leur médecin (généraliste, gynécologue et/ou radiologue) qui ne les incite pas au DO.

- Méconnaissance du DO tel qu'il est pratiqué actuellement et pas d'intérêt pour en savoir plus.

- Absence de portée incitative de la gratuité de l'examen en raison d'une prise en charge déjà à 100 %.

Les éléments qui favoriseraient leur entrée dans le DO ou son utilisation plus importante seraient l'appui du dispositif par le(s) médecin(s) en qui elles ont confiance et la meilleure concordance des calendriers.

Ce que disent les médecins intervenant dans la mise en œuvre

Trois gynécologues et trois radiologues ont été interviewés par téléphone.

Parmi les trois gynécologues interrogés, l'un paraît peu favorable au dépistage organisé, hormis pour les femmes non suivies médicalement. Il suit ses patientes au rythme qui lui paraît le plus adéquat et les adresse à ses référents radiologues ; il assure lui-même une relecture des mammographies. Pour lui, l'important est que les femmes soient suivies ; le DI est préférable, notamment par sa souplesse pour ses



patientes. Les deux autres gynécologues, bien que se déclarant plus favorables, ont un avis proche : le DO a un intérêt pour toucher les femmes non suivies, il n'est pas supérieur au DI dans la mesure où ils ont confiance dans les radiologues auxquels ils adressent leurs patientes. Le DI convient à leurs patientes et à leur pratique ; ils laissent éventuellement entrer leurs patientes dans la procédure DO, mais celle-ci leur paraît une prise en charge moins adaptée à leur patientèle. Comme le dit l'un d'eux, le DO se heurte à la logique libérale des médecins.

Les trois radiologues interrogés semblent plus ouverts au dépistage organisé. Les freins au DO, de leur côté, sont la technologie numérique (cf. encadré), l'aspect administratif du dispositif (qui se rajoute à Sénolog) et leurs relations avec leurs confrères gynécologues prescripteurs.

Par ailleurs, Aprémas, à travers les formations qu'elle organise auprès des généralistes autour du dépistage du cancer du colon, a pu identifier les freins essentiels à leur participation au dispositif. Ce sont : leur méconnaissance du dépistage organisé et le fait que les radiologues avec qui ils travaillent y sont opposés ou préfèrent faire autrement.

À partir des constats, les pistes de travail

Quel objectif se donner en termes de participation ?

Malgré un taux de participation au DO relativement faible et des caractéristiques départementales peu favorables, le taux global de couverture mammographique dans le département est plutôt bon du fait d'un taux important de suivis en DI. Augmenter la participation au dépistage organisé pourrait donc se faire de deux façons différentes ou combiner ces deux façons : faire venir les femmes qui n'ont pas de suivi ou qui ont un suivi irrégulier, ou faire venir celles qui sont suivies en DI.

En termes de santé publique, le premier objectif semble le plus intéressant car il permet d'assurer une couverture globale des femmes du département plus importante. *A priori*, en effet les femmes en DI sont suffisamment suivies, elles le seraient plutôt trop. Travailler sur ce public de front paraît par ailleurs délicat si l'on se réfère aux éléments recueillis auprès de lui dans l'étude et à la position des gynécologues

interrogés : ils font le DI, Aprémas le DO, cela est complémentaire. La poursuite du premier objectif n'exclut pas par ailleurs que des femmes suivies en DI évoluent vers un suivi en DO.

Quels leviers pour augmenter la participation des non ou mal suivies ?

Les leviers pour gagner des points de participation concernent à la fois les médecins et les femmes.

Il est vraisemblable qu'une majorité de femmes non ou mal suivies sur le plan mammographique ne consultent pas de gynécologue, mais consultent au moins occasionnellement un médecin généraliste. C'est donc auprès d'eux que l'on doit pouvoir recruter des femmes non ou mal dépistées, d'autant plus que, les femmes le disent et les études aussi, le fait d'être encouragée par son médecin est un facteur d'adhésion majeur au dispositif. Ainsi, il faut poursuivre l'action déjà engagée par Aprémas et la renforcer : profiter de la dynamique autour du dépistage du cancer du côlon auprès des généralistes pour leur faire connaître le DO. Cet axe de travail est, de plus, aujourd'hui soutenu par les textes liant les médecins à l'assurance maladie : à travers l'avenant n° 12 de la Convention médicale, les médecins se sont engagés à s'impliquer davantage dans le dépistage organisé du cancer du sein.

Les radiologues sont un élément clé du dispositif, par les mammographies qu'ils réalisent et la double lecture. D'après les entretiens réalisés, ils semblent ouverts au DO même si la technologie numérique perturbe un peu le jeu. Il y a encore des améliorations possibles concernant la place des radiologues dans le DO et les relations Aprémas/radiologues (implication dans la relecture, incitation des femmes au DO, courriers d'Aprémas, aspects administratifs...), qu'il pourra être intéressant d'explorer davantage auprès d'eux.

Au cabinet de radiologie, si la qualité sur un plan technique a beaucoup été travaillée dans le cadre du dépistage, l'accueil et l'accompagnement des femmes qui viennent passer une mammographie sont encore à parfaire (cf. le discours des femmes comme les données de la littérature). Améliorer les conditions de réalisation des mammographies, quelle que soit la procédure de dépistage, favoriserait un suivi régulier des femmes. Concernant cet aspect, les femmes ont des choses à dire

et à faire entendre. La mammographie est un examen angoissant. Des améliorations peuvent être imaginées. Faciliter la prise de rendez-vous, donner des explications quand il faut attendre ou refaire des clichés, par exemple. Il sera intéressant à ce sujet de s'inspirer de la dynamique participative menée dans le Rhône : qu'un groupe composé de femmes, de radiologues, de manipulateurs radio, élargi éventuellement à d'autres acteurs, puisse réfléchir à la relation femme/cabinet de radiologie et à tout ce qui pourrait permettre d'améliorer le vécu de l'examen par les femmes.

Un autre point a été travaillé pour mieux inciter les femmes au dépistage et leur rendre plus claire la procédure : la lettre d'invitation, la relance, ainsi que le courrier quand la mammographie est à refaire ont été repris en tenant compte des éléments apportés par l'étude.

Quel suivi de la participation dans le temps ?

Suivre la participation grâce aux taux Insee sur deux ans

Le suivi de la participation au dépistage organisé doit être réalisé à partir du taux de participation Insee (projection Omphale, hypothèse 1,8). Ce taux, préconisé par l'Institut national de veille sanitaire (InVS), permet de se comparer au taux national. Il doit être calculé systématiquement sur deux ans, en périodes glissantes. En effet, dans les Alpes-Maritimes, les taux annuels sont en dents de scie et n'ont pas de sens, compte tenu de la stratégie d'invitation mise en œuvre lors du passage au nouveau cahier des charges.

Avoir des données sur la couverture mammographique globale

Compte tenu de l'importance du DI dans les Alpes-Maritimes, il paraît fondamental de disposer systématiquement d'éléments concernant la couverture globale des femmes. En ce sens, un partenariat est en cours de développement avec l'Urcam de Paca.

Le travail avec l'Urcam pourra d'ailleurs aller plus loin et s'attacher à mieux comprendre les pratiques de dépistage des femmes dans les différents départements de la région, en collaboration avec les autres centres de coordination de Paca. Des analyses par âge et par territoire, notamment, pourraient aider à orienter la stratégie pour augmenter la participation. La mise en relation des résultats avec les indicateurs

départementaux disponibles permettrait également de mieux comprendre la situation des départements entre eux.

Analyser plus finement le parcours mammographique récent des participantes

Pour suivre la participation des femmes de façon plus fine, une piste est également à l'étude : décomposer le taux global de participation en tenant compte du parcours mammographique récent des femmes. Les taux suivants seront calculés :

- Taux de suivies régulières : femmes ayant déjà eu une mammographie en DO, il y a moins de deux ans et demi.

- Taux de suivies irrégulières : femmes ayant déjà eu une mammographie en DO, il y a plus de deux ans et demi.

- Taux de nouvelles participantes au DO : femmes n'ayant pas eu de mammographie en DO. Ce taux devra être décomposé en fonction de l'âge.

Suivre régulièrement ces taux devrait permettre de mieux comprendre l'évolution de la participation et, si besoin, d'adapter la stratégie d'action.

Pour un cadre national plus cohérent

Augmenter la participation des femmes au dépistage organisé est le seul moyen

de rendre ce dispositif économiquement et médicalement cohérent. *A contrario*, un taux de participation bas remet en cause l'intérêt du dépistage organisé et peut à terme imposer aux pouvoirs publics l'arrêt de son financement, et donc la fin de l'équité dans ce domaine.

Dans les Alpes-Maritimes, comme dans la plupart des départements, le centre de coordination met en œuvre les actions qui relèvent de sa compétence pour améliorer la participation, notamment information et communication auprès des femmes et des acteurs du dépistage (généralistes, radiologues, gynécologues). Reste que ces actions sont rendues complexes et vouées à des succès mitigés tant que le cadre national n'est pas plus cohérent.

En effet, plusieurs questions essentielles dans le domaine du dépistage du cancer du sein n'ont pas aujourd'hui de réponse claire. Quelle est la justification, en termes de santé publique, de la juxtaposition de deux procédures de dépistage : dépistage individuel et dépistage organisé ? Comment comprendre, en termes économiques, le fait que ces deux procédures soient toutes deux prises en charge par l'assurance maladie dans un cadre différent ? Quelle équité observe-t-on dans les faits : la juxtaposition des deux procédures n'est-elle pas

à l'origine d'un surdépistage dans certains cas et n'est-elle pas un facteur de sous-participation ? Comment peut-on évaluer correctement le dépistage du cancer du sein si une seule procédure (le dépistage organisé) est soumise à un recueil systématique des données ?

Aujourd'hui, la poursuite de l'action de dépistage organisé en population générale est toujours à l'ordre du jour, en attendant que les progrès de la médecine et de la biologie permettent des prises en charge personnalisées en fonction de facteurs de risque reconnus. En tant que centre de coordination départemental du dépistage, nous sommes prêts à renforcer la qualité du recueil de données, à améliorer l'information donnée aux femmes et à nos partenaires, à travailler à une meilleure écoute des difficultés qui rendent les femmes réticentes à la pratique de ce geste simple qu'est la mammographie. Mais il est vraisemblable que nos actions ne suffiront pas seules à permettre la participation de 70 % des femmes ciblées par le dispositif. Pour que le dépistage organisé du cancer du sein perdure et puisse être correctement évalué, il paraît important que le cadre national soit adapté. ■

Santé publique

Santé publique. Sommaire 2007/1

Éditorial

- L'audition publique : une aide à la décision, *F. Bourdillon*

Lettre de la Rédaction

Études

- Consultation du nourrisson en PMI : enquête auprès des usagers et des professionnels d'un département français, *S. Fanello, A. Hassani, B. Meunier, C. Dagorne, E. Parot*
Commentaires, M.C. Colombo
- Handicap et petite enfance en Guyane française : une analyse des relations

entre professionnels et familles,
E. Gallibour

Opinions & débats

- Communication et santé : des paradigmes concurrents, *L. Renaud, C. Rico de Sotelo*

Pratiques

- Évaluation de l'offre de formation en éducation pour la santé (EPS) dans le Nord/Pas-de-Calais, *M.M. Defebvre, M. Pavageau, A. Chrétien, F. Carron, V. Vanlacken*
- Élaboration et expérimentation d'un module « promotion et éducation pour la santé » dans le cadre d'un enseignement à distance en ligne, *D. Billot*

Politiques

- Les contraintes de la micro-insularité

dans l'amélioration de l'offre de soins : regard géographique à travers l'exemple des Maldives (Océan indien), *A. Magnan*

- Évaluation des pratiques professionnelles du médecin : historique de la démarche en France, *P. Vignally, S. Gentile, I. Bongiovanni, R. Sambuc, J.M. Chabot*

Lectures

Santé publique
BP 7
2, avenue du Doyen-J.-Parisot
54501 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex
Téléphone : 03 83 44 87 00