

Dépistage du cancer du sein



EDITO

par Jacques CATON,
Président de l'Union Rhône-Alpes
jacques.caton@upmlra.org

Forte de ses compétences en santé publique, en prévention et en épidémiologie, l'Union Professionnelle des médecins libéraux de la région Rhône-Alpes se doit de participer à la politique de dépistage des cancers, impératif de santé publique s'il en est un.

Le cancer du sein, première cause de mortalité par cancer chez la femme, est responsable en Rhône-Alpes de 5 297 décès par an, 3 186 nouveaux cas étant découverts chaque année.

L'incidence de cette affection est en augmentation (de 68 à 78 pour 100 000 en 10 ans). De nombreux décès par cancer du sein seraient évitables si le dépistage organisé pouvait toucher toutes les femmes. 700 000 femmes sont concernées par le dépistage en Rhône-Alpes.

C'est en partenariat avec la DRASS et l'URCAM par le biais d'un financement spécifique du FAQSV que l'UPMLRA participera à cette grande opération.

L'étude de l'Union Professionnelle des médecins Libéraux Rhône-Alpes se déroulant en deux phases : une première phase concernant les filières d'accès à la mammographie et une seconde phase s'intéressant au contenu de la consultation à la démarche de dépistage, aux difficultés et aux freins éventuels.

L'implication des médecins dans la démarche de prévention est importante notamment celles des médecins généralistes. Plus de 80 % se disent disposés à adhérer à cette campagne, 96 % sont prêts à relayer l'information sur le dépistage et 85 % souhaitent que les femmes soient incitées à consulter préalablement soit le médecin généraliste, soit le gynécologue. L'action de l'UPML se fait en liaison étroite avec les autres partenaires afin que la communication de cette campagne de dépistage touche les femmes actuellement les plus éloignées, nécessitant une conception et des supports de communication adaptés aussi bien en direction des médecins que du public.

L'aboutissement de cette campagne et de ce travail étant d'atteindre un taux de dépistage le plus élevé possible, en effet, une participation d'au moins 60 % des patientes est nécessaire afin d'obtenir une réduction significative de la mortalité. Notre but est de toucher la population des femmes qui n'accèdent pas aujourd'hui au dépistage pour de multiples raisons, l'intérêt de ces programmes de dépistage n'étant plus à démontrer. C'est ce à quoi s'est attelée l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux Rhône-Alpes sous la houlette du Docteur Emile OLAYA.

Sommaire

Page 2

Un impératif de santé publique

Pages 3 et 4

Un terrain d'investigation, trois paysages

Synthèse des résultats : constats et surprises...!

Page 5

Pour la coexistence des deux dépistages

Page 6

**La mammographie :
un acte de médecine libérale**

Qui peut en parler?

Page 7

Rendre leur place aux médecins

Pages 8 et 9

**La communication :
un outil indispensable à repenser**

Page 10

Réactions et motivations des partenaires

Page 11

Le point sur le dépistage dans la région

Page 12

Dix ans de prévention dans le Rhône

Vous pouvez joindre l'UPMLRA par numéro vert :

N° Vert 0 800 880 607

INTRODUCTION PAR EMILE OLAYA



Par Emile Olaya, avec le concours
de l'équipe de l'ORS.
emile.olaya@upmlra.org

“Représentant des médecins libéraux, véritable acteur de santé publique, l'Union Professionnelle ne peut se contenter d'observer par les yeux des autres, à travers leurs études et non les nôtres, des activités qui relèvent à l'évidence de l'activité du secteur libéral.

C'est avec cette conviction que nous avons mis en place une vaste étude sur le dépistage du cancer du sein dont nous vous présentons ici la première étape.

Elle campe le paysage dans lequel va s'installer le dépistage organisé du cancer du sein pour toutes les femmes de la région Rhône-Alpes.”

Un impératif de santé publique



Par Bruna Forterre
et Anne-Marie Rey,
Médecins conseils de la CRAM

Le dépistage généralisé du cancer du sein est un impératif de santé publique, avec 30 000 nouveaux cas par an, cette maladie est la 1ère cause de mortalité par cancer chez la femme.

Plus généralement, cette démarche de prévention s'inscrit dans les programmes de dépistage organisé des maladies aux conséquences mortelles évitables (arrêté du 24 septembre 2001).

- Programme de dépistage organisé des cancers du sein.
- Programme de dépistage organisé des cancers du colon et du rectum.
- Programme de dépistage organisé du col de l'utérus.

Déjà en 1999 la loi de financement de la sécurité sociale avait confié à l'Etat la politique de dépistage des cancers (article L 1411-2 du code de santé publique) et avait donné au département la compétence en matière de

lutte organisée (article L 1423-1 du code de santé publique).

En 2001, un accord de bon usage des soins a été signé entre les trois caisses nationales (CNAMTS, MSA, CANAM), la Fédération Nationale des Médecins Radiologues (FNMR) et deux syndicats de médecins (FMF et CSMF). Cet accord traduit la volonté de l'assurance maladie et des professionnels de santé de mettre en place un dépistage organisé efficace.

Des critères de qualité, de sécurité et d'opportunité figurent en effet dans un cahier des charges s'appliquant à toutes les mammographies.

- Critères de compétence : seuil d'activité personnel minimal pour chaque radiologue de 500 examens annuels.
- Garanties d'équipements.
- Respect des références de bonne pratique.

L'exigence de la qualité impose d'autre part une restructuration de l'offre et une rémunération uniforme et adaptée aux compétences de ceux qui réalisent les actes.

La lettre clé Zm sera utilisée pour tout acte de mammographie (arrêté du 21 février 2002 modifiant la NGAP) :

“Mammographie bilatérale d'au moins 2 incidences effectuée dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein ... Zm41”.

“Mammographie unilatérale effectuée en dehors du cadre de dépistage organisé du cancer du sein comportant au moins 2 incidences et incluant, le cas échéant, l'incidence axillaire et les agrandissements ... Zm23”.

“Mammographie bilatérale effectuée en dehors du cadre de dépistage organisé du cancer du sein, comportant au moins 2 incidences et incluant le cas échéant, l'incidence axillaire et les agrandissements ... Zm41”.

Un suivi des engagements sera réalisé par l'assurance maladie dans un souci de transparence et de qualité ; des propositions sur l'évolution des pratiques pourront être étudiées en collaboration avec les professionnels de santé.

Un terrain d'investigation, trois paysages.

Particulièrement intéressante puisqu'elle permet la comparaison de zones très diverses, cette photographie restitue la situation de trois départements expérimentaux et celle de cinq sites vierges.

Les trois départements urbains où le dépistage organisé est ancien sont le Rhône, la Loire et l'Isère, fort bien équipés en structures hospitalo-universitaires. Cependant, l'un de ces départements, l'Isère, a vu son programme de dépistage interrompu pendant un an. Cette interruption a généré trois zones différentes pour l'analyse, puisque ce département n'a pu être regroupé avec la Loire et le Rhône.

L'Isère est devenue cependant le

* données INSEE du recensement général de la population 1999

	Patientes participant à l'étude	%	Population* des femmes de 50-74 ans	%
Départements sans programme de dépistage organisé (Ain, Ardèche, Drôme, Savoie, Hte-Savoie)	566	41,5 %	288351	39,8 %
Départements avec programme de dépistage organisé (Loire, Rhône)	588	43,2 %	301207	41,6 %
Départements avec programme interrompu (Isère)	208	15,3 %	134936	18,6 %
Total	1362	100 %	724494	100 %

répartition des répondantes

centre d'une expérience inédite qui a permis de comparer, sur un court laps de temps et dans un même lieu, les incidences de l'arrêt d'un dépistage organisé.

Dans les cinq départements plus ruraux (Drôme, Ardèche, Savoie, Haute-Savoie, Ain), le dépistage est resté une démarche individuelle.

Les partenaires de l'étude : co-financement UPML, DRASS et URCAM

La première phase concernant les filières d'accès à la mammographie et les caractéristiques socioprofessionnelles des femmes qui y accèdent, a été conduite par l'ORS pour le compte de l'UPML, en coopération avec la DRASS.

La seconde phase qui commence s'intéresse au contenu de la consultation, à la démarche de dépistage, aux difficultés et freins éventuels.

Elle fera l'objet d'un financement spécifique du FAQSV : le partenariat UPML / DRASS se prolonge.

L'étude technique sera conduite par le CAREPS en partenariat avec l'UPML.

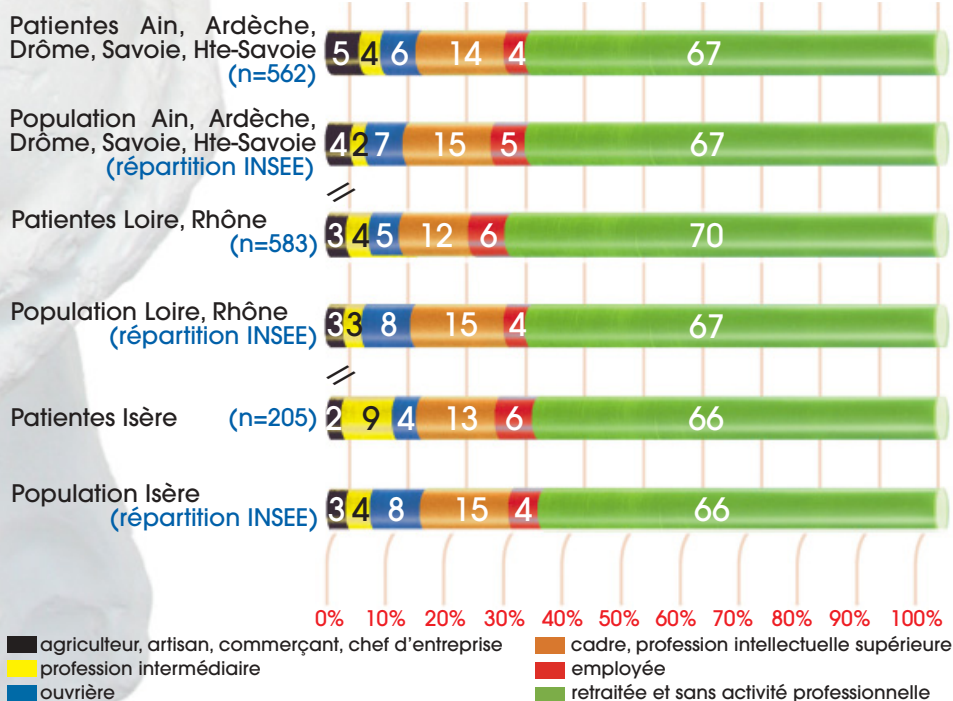
Synthèse des résultats : constats et surprises... !

Qui vient chez le radiologue ?

Que le dépistage soit organisé ou pas, le profil socioprofessionnel de la population qui se rend chez le radiologue est le même. Les deux tiers des patientes sont des "inactives" (retraitées ou sans activité professionnelle). Ce groupe numériquement nombreux est très hétérogène puisque toutes les catégories socioprofessionnelles s'y retrouvent à l'âge de la retraite. L'absence de sélection par la profession ne signifie pas que les personnes en difficulté utilisent la mammographie autant que les autres.

La CSP n'est pas un indicateur suffisamment sensible de la situation de précarité qui recouvre d'autres critères économiques (chômage, RMI...) et relationnels (isolement...).

Certaines populations sont sous-informées en matière de prévention et de gynécologie (Voir témoignage du Dr Jean-Pierre Convers).



répartition des patientes par profession

Retrouvez "La méthode d'investigation" de l'enquête en tapant le code référant à l'article.



16a1

Un seul critère vraiment discriminant : l'âge

La campagne de dépistage qui a su mobiliser les femmes entre 55 et 65 ans peine à impliquer les femmes les plus âgées.

Globalement, la population de femmes accédant au dépistage est la même dans les 8 départements. Le critère le plus discriminant dans cet accès à la mammographie pour les femmes de 50-74 ans est l'âge ; la profession et la commune de résidence, rurale ou urbaine, variant peu.

Pour le Rhône, la Loire et l'Isère, les femmes de 55-59 ans sont sur-représentées tandis que les classes d'âge des plus de 65 ans sont sous-représentées.

6 mammographies sur 7 sont réalisées à titre préventif

Ces résultats sont très proches des moyennes nationales, puisqu'on estime qu'aujourd'hui, 15 à 20% des mammographies sont de type diagnostique en France. L'analyse entre les départements avec et sans programme de dépistage organisé ne montre pas de différence significative : la plupart des mammographies sont réalisées à titre préventif, même si les femmes ne sont pas sollicitées par des courriers ou des campagnes d'information.

En Isère, il y a significativement plus de généralistes prescripteurs parmi les femmes "non suivies" (49%) que parmi les "suivies" (21%), et plus de gynécologues prescripteurs parmi les "suivies" (65%) que parmi les "non suivies" (43%).

Les généralistes jouent donc un rôle important auprès des femmes qui entrent dans le dépistage, en prenant le relais d'un programme défaillant dans ce département où le programme de dépistage systématique a été interrompu.

"Bonne nouvelle, reprend le Dr Olaya : les patientes et médecins se sont "appropriés" la prévention à l'échelle individuelle lorsqu'elle n'est pas organisée.

L'implication des médecins dans la démarche de prévention, que le département soit site d'un dépistage organisé ou non, explique que le suivi des femmes dans ce cadre y est

également identique.

Les généralistes se sont particulièrement investis dans le dépistage quand le programme de dépistage organisé s'est interrompu (Voir chapitre sur "Les prescripteurs de l'examen"). Il ne faut pas oublier non plus l'impact des campagnes précédentes et la prise de conscience des femmes, plus attentives aujourd'hui à leur santé, et semble-t-il plus enclines à consulter leur médecin de manière préventive."

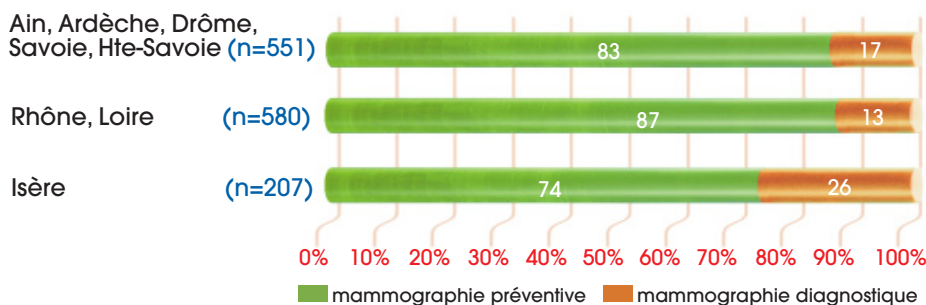
environ une mammographie sur deux.

Les autres prescripteurs sont essentiellement des médecins spécialisés en cancérologie (cancérologues, radiothérapeutes...), leurs prescriptions représentent 2 à 9% des mammographies réalisées.

Il n'y a quasiment pas de prescription par le radiologue suite à la demande d'une femme.

Le prescripteur de l'examen est très différent entre les départements avec ou sans programme organisé et avec programme interrompu.

Pour les départements sans programme,



Répartition des patientes selon le caractère préventif ou diagnostique de l'examen

Les prescripteurs de l'examen

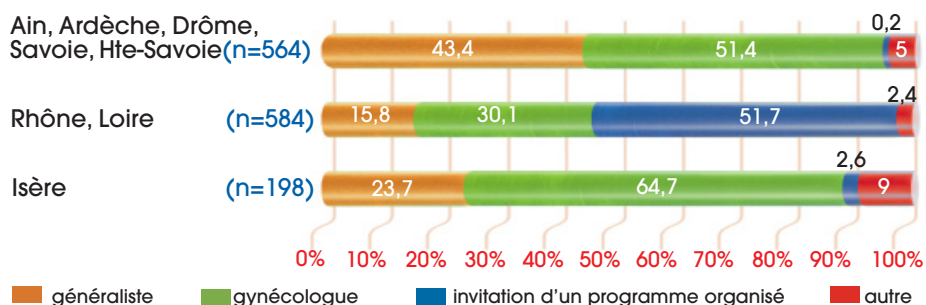
Les trois prescripteurs principaux de mammographie sont les programmes de dépistage organisé (quand ils existent), les médecins gynécologues et les médecins généralistes. Les gynécologues sont peut-être plus incitatifs concernant la mammographie que les généralistes (autre hypothèse : les femmes préfèrent peut-être se référer au gynécologue plutôt qu'au généraliste dans ce domaine).

Ces spécialistes prescrivent, on l'a vu, plus de mammographies que les généralistes dans les trois zones, alors qu'ils sont onze fois moins nombreux.

Toutefois, on constate que les médecins généralistes ont un rôle certain dans le dépistage lorsqu'il n'y a pas de programme de dépistage organisé puisqu'ils prescrivent

ce sont principalement les gynécologues qui prescrivent des mammographies (51%) puis les médecins généralistes (43%). On constate par ailleurs qu'il y a deux fois plus de mammographies prescrites par des gynécologues que par des généralistes (respectivement 30% et 16%). En Isère (où il y a toujours une prescription par le médecin même lorsque les patientes ont été invitées par un programme), les gynécologues semblent avoir pris le relais suite à l'interruption du programme organisé (où les femmes les ont plus consultés) puisqu'ils ont prescrit l'examen pour 65% des patientes effectuant une mammographie, viennent ensuite les généralistes (24%).

La densité très importante de gynécologues en Isère participerait à leur forte présence dans le dépistage individuel.



Répartition des patientes selon le prescripteur de l'examen



LE POINT DE VUE D'UN LIBÉRAL



par le Dr Jean Derrien,
Gynécologue à Lyon

Pour la coexistence des deux dépistages

Avantages partout

“Je plaide pour la coexistence du dépistage organisé et du dépistage individuel : les deux ont leurs avantages, leurs inconvénients et sont interactifs.

Le dépistage individuel présente l'intérêt d'être personnalisé, prescrit au cas par cas. Il naît du colloque singulier avec le médecin, il garantit donc une bonne adhésion de la part de la patiente.

Un bémol : il n'est pas programmé automatiquement, la patiente et le médecin doivent y penser, ce qui impose un suivi rigoureux des dossiers.

La qualité du dépistage individualisé présuppose enfin l'utilisation de mammographes de bonne qualité et une connaissance parfaite de la lecture des mammographies.

Pour ce qui est du dépistage organisé, sa puissance est indéniable.

Ce mode d'invitation avec agenda précis, relance en cas d'anomalie, contrôle des installations et formation des médecins lecteurs de clichés, décharge les femmes de l'effort de planification. Autre atout : sa grande fiabilité technique et diagnostique. L'inconvénient réside dans le caractère impersonnel du procédé, et l'absence jusqu'à une date récente, de possibilité pour la patiente de récupérer ses clichés de mammographie.

Une avancée dans ce domaine a été faite récemment dans le Rhône, puisque la patiente a la possibilité de demander ses clichés de mammographie après leur interprétation.

Pour la liberté de choix

D'après mon expérience, l'idéal est que la patiente fasse le choix de son mode de dépistage. L'important, à mon avis, est que l'examen soit fait, dans un cadre ou dans un autre.

Quand, il y a dix ans, le dépistage de masse s'est mis en place dans le Rhône, les libéraux avaient l'œil interrogateur. Mais rapidement, le corps médical a adhéré au dispositif. Quelques chiffres : en 2000, l'ADE MAS 69 a géré 40 570 mammographies.

2 495 ont été considérées comme nécessitant des explorations complémentaires ; 188 ont révélé des cancers avant qu'ils ne fassent parler d'eux. Ces chiffres se passent de commentaires : le dépistage de masse est absolument utile.

Former les médecins pour une meilleure prévention

La prévention nécessite néanmoins une formation du prescripteur pour pouvoir la gérer du début jusqu'à la fin. Conseiller une mammographie demande peu de temps.

Le plus difficile est en fait d'avoir l'attitude la plus adaptée en cas d'anomalie détectée par cette mammographie de dépistage.

Tout va dans ce cas-là basculer pour cette patiente qui, du statut de bien portante a priori, va passer brutalement au statut de malade potentielle. Il faut donc à la fois gérer la charge émotionnelle provoquée chez la patiente par l'annonce d'une anomalie, et rester ferme sur des conduites à tenir, déterminées en fonction du type de problème détecté.

Cela n'est pas toujours facile et nécessite le plus souvent un apprentissage, qui pourrait être intégré si nécessaire, dans des programmes de formation médicale continue pour les médecins qui le souhaiteraient.

Intégrer la prévention dans la consultation

Reste le problème de la rémunération des médecins participant à un programme de dépistage.

L'absence de différence éthique entre soins et prévention rend difficilement concevable la rémunération de la phase de consultation consacrée à inciter la patiente à participer à un programme de dépistage de cancer du sein.

En revanche, il est évident que le temps passé à la gestion et au suivi d'un dossier rentrant dans ce type d'action mérite une rémunération propre.

Entretenir la confiance

La fidélisation des patientes prend ses racines dans la qualité du rapport entre la femme et le professionnel auquel elle vient demander conseil.

Notre mission est de donner aux patientes les soins les plus éclairés possibles et de leur faire bénéficier des avancées de la science.

Le pourcentage de femmes qui ne consultent pas représente un chiffre irréductible à mes yeux, puisque le refus qu'il représente repose sur des notions irrationnelles.

En France, seulement 5 millions de femmes font faire un frottis chaque année (3 fois plus sont suivies à trois ans environ).

Cela signifie que 2 400 décès par an dus au cancer du col de l'utérus pourraient être évités...

En conclusion

L'évolution de la politique de santé se fait fort heureusement vers le développement de programmes de dépistage dont l'intérêt n'est plus à démontrer. Il importe cependant, quand ce ne serait que pour permettre l'adaptation au cas par cas, de préserver la possibilité d'une coexistence de deux formes de dépistage, individuel ou collectif.”

La mammographie: un acte de médecine libérale

La mammographie est une activité du secteur privé, puisqu'elle est pratiquée dans 80% des cas dans des cabinets de radiologie libéraux.

Même dans les sites organisés, la forte infrastructure hospitalo-universitaire ne fait pas chuter cette moyenne, puisque là encore 71% des mammographies sont prises en charge par le secteur privé. Pour expliquer cette prédominance, le facteur psychologique est sans doute, encore une fois, à considérer : les cabinets de radiologie sont plus faciles d'accès, peut-être perçus comme moins anxiogènes que l'hôpital, surtout pour un examen porteur de lourdes charges émotives.

Par ailleurs, cet examen ne nécessite pas un équipement lourd.

Les hôpitaux publics ont donc une activité hebdomadaire plus faible, mais sont plus attractifs pour les femmes venant faire une mammographie diagnostique dans le Rhône et la Loire.

Les hôpitaux de ces départements ont une activité moyenne hebdomadaire supérieure à ceux des départements sans programme. Ceci est peut-être dû aux effets du regroupement des mammographies en un lieu, du fait de la taille des hôpitaux (centres hospitalo-universitaires contre centres hospitaliers).

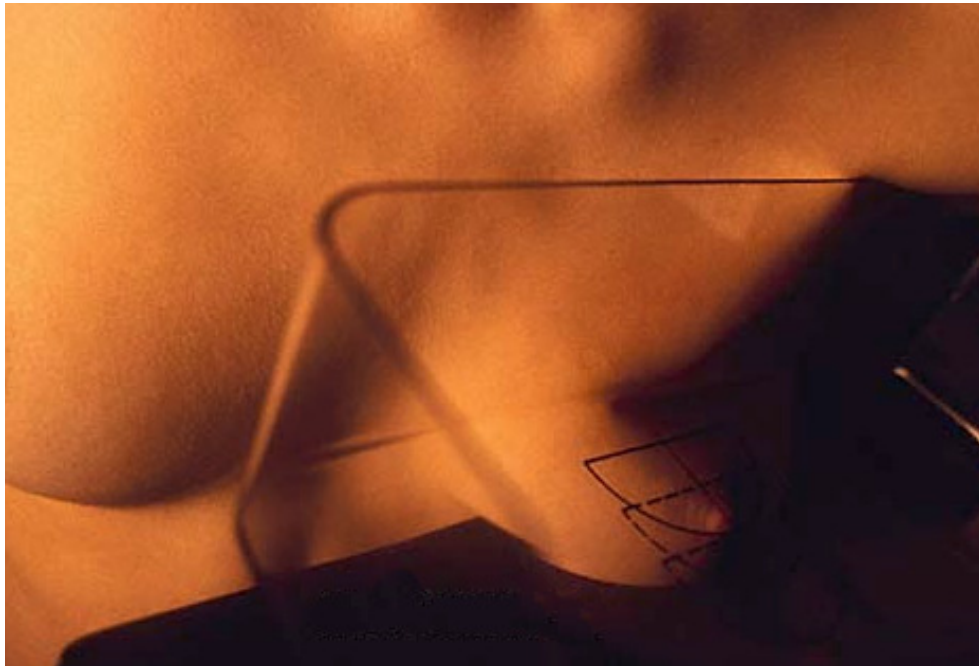
Ces centres sont plus attractifs pour les femmes faisant une mammographie diagnostique, peut-être du fait de la "proximité" de la prise en charge que représente cette structure, avec la présence d'un plateau technique important si le problème diagnostiqué demande une intervention.

Dans les départements sans programme de dépistage organisé, les hôpitaux sont plus attractifs pour les femmes résidant dans une commune

rurale, pour celles âgées de 70-74 ans et celles dont la mammographie a été prescrite par le généraliste.

Les structures de radiologie privées reçoivent plus de femmes dont l'examen a été prescrit par le gynécologue.

Ceci suggère que les femmes consultant les gynécologues sont différentes de celles consultant les généralistes. Ce point sera à étudier lors du deuxième volet de cette étude qui leur sera consacré.



Comment aborder la question ?

La question de la communication, cruciale pour la réussite de ce dépistage se pose à l'oral, dans le cabinet du médecin, et doit tenir compte des antécédents et de la personnalité de chaque femme. Il se pose aussi à l'écrit et visuellement dans le cas des campagnes de courriers et d'affiches.

Les résultats de cette enquête ont donc pour vocation d'identifier les freins qui arrêtent les femmes devant la porte du radiologue et ceux qui gênent les praticiens dans leur démarche de prévention.

Cette analyse est en effet indispensable pour étudier de nouveaux supports et concevoir une communication adaptée.

L'utilité vérifiée du dépistage organisé

Surprenant constat : que le dépistage soit organisé ou pas, quel que soit le type de praticiens concernés, le profil socioprofessionnel des personnes qui se présentent pour une mammographie et leur suivi ne semblent pas très différents. Ces résultats sont cependant à prendre avec précaution, puisque de précédentes enquêtes montrent que précarité et difficulté d'accès aux soins et à la prévention vont souvent de pair (Voir les études signalées par Gilles de Angelis).

Seule différence notable : la proportion de femmes qui accèdent à la mammographie est supérieure de moitié dans les secteurs organisés. Une couverture qui rétrécit très vite, dès que l'incitation baisse, puisque l'Isère a enregistré une baisse de 15% des mammographies dès la première année de l'interruption de son programme.



MEDECINS

Rendre leur place aux Médecins



Anne Garnier,
Médecin coordinateur ODLC
Grenoble, membre du Groupe
Communication national
coordonné par la Ligue contre
le cancer

De son côté, Anne Garnier, Médecin coordinateur ODLC Grenoble, membre du Groupe Communication national coordonné par la Ligue contre le cancer estime qu' "il ne faut pas mélanger les genres.

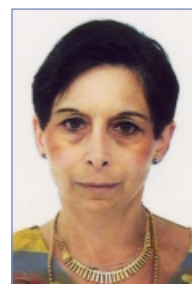
Laissons aux femmes leurs moments de détente, et laissons le médecin prendre toute sa place dans ce contexte de dépistage. A eux de convaincre les femmes plus âgées qui sont moins touchées par le dépistage."

La "assurance maladie et la Ligue contre le cancer ont produit un kit de communication, avec une société spécialisée, à partir d'une étude sur les précédentes campagnes. Ces dernières, jugées trop froides et impersonnelles, montraient une femme seule, entourée de chiffres inquiétants. Le nouveau dépliant contient un discours plus acces-

sible et il est illustré par des photos gaies, chaleureuses, qui situent la femme dans un environnement sécurisant, familial et amical.

"Il s'agit, explique Anne Garnier, pour que tout le monde bénéficie du dépistage, de s'interroger au fond sur la perception que nous avons, soignants ou pas, de la maladie. Même si nous savons que certains cancers soignés précocement ou développés à un âge avancé ne condamnent pas notre espérance de vie, il est toujours difficile de s'enquérir d'une pathologie dont on n'est pas sûr de guérir."

Une nouvelle réflexion sur la communication



Nicole Puech, Médecin généraliste en zone semi-rurale,
membre de la commission communication DRASS-UPML

Nicole Puech, Médecin généraliste en zone semi-rurale, membre de la commission communication DRASS-UPML qui se met actuellement en place, insiste elle aussi sur le rôle du médecin au cœur du système de dépistage.

"Chez le coiffeur ou la pédicure, une campagne de dépistage peut être agressive : ce contexte de détente ne s'y prête pas. Il est indéniable également qu'inclure ce message sur le cancer du sein dans une consultation "tout venant" n'est pas facile pour le médecin. Et il sera d'autant plus difficile à recevoir par la patiente si elle est en dehors du système de suivi.

Mais les "bons" supports comme les messages imprimés de la Sécurité Sociale sur les relevés de prestations, les magazines féminins et autres médias ne suffisent pas.

Il est donc nécessaire de convaincre les médecins de l'importance de leur rôle dans le dépistage individuel, mais aussi dans le cadre du dépistage organisé.

Ce dernier mode de prévention doit faire appel au médecin traitant, pour qu'il y ait des commentaires et un suivi cohérents pour la patiente.

Or il n'y a pas de bonne prévention de la part des médecins sans reconnaissance de leur mission.

La prévention : un acte qui compte

Matériellement, cela signifie qu'un acte de prévention s'ajoute à la consultation traditionnelle.

Le temps d'en parler, d'examiner si l'examen date de plus de deux ans, de prescrire une mammographie se paye.

Depuis des années, nous nous battons pour que cet acte soit représenté dans la nomenclature.

En clair, il pourrait être évalué à 10 Euro, c'est-à-dire la moitié d'une consultation à 20 Euro. Une consultation complète, par exemple angine + dépistage coûterait donc 30 Euro.

Une question de temps

Cette pratique, qui semble peu habituelle aujourd'hui entrera sans doute dans les mœurs avec le temps. Mon expérience de généraliste, depuis 27 ans, n'est bien sûr pas celle-là... Je m'occupe de la majorité des femmes qui viennent consulter, soit 80% de ma clientèle. Il a donc toujours été facile pour moi, en tant que femme, de parler systématiquement de dépistage, sur tous les tons, aux femmes de toutes les tranches d'âge. La plaisanterie, le sérieux, rien n'a pu persuader deux de mes patientes, qui ont aujourd'hui plus de 75 ans, d'aller chez le radiologue.

Elles ont peur et elles le disent, voilà tout !

Ce rejet s'explique aussi par le fait qu'il y a vingt ans, il était plus difficile d'évoquer la question auprès des 55-60 ans, puisque l'absence de contraception avait laissé de côté tout suivi. Seules les grossesses avaient amené ces femmes chez le gynécologue.

Les femmes plus jeunes ont pris l'habitude d'un suivi gynécologique, même en dehors des périodes de maternité."

Où peut en parler ?

Par Marie-Christine Annino,

Médecin inspecteur régional adjoint DRASS RA

CONSTAT



"Guide à l'usage des femmes" édition 2000

"Connaître le profil des femmes accédant au dépistage et la pratique des médecins concernés était la première motivation de notre partenariat. Les premiers résultats de l'enquête ont affiné la connaissance des femmes. Par exemple, nous apprenons que les femmes de 65 à 75 ans sont moins représentées que les autres dans ce contexte de dépistage.

Cette information peut nous permettre de mieux cibler certains professionnels susceptibles de nous aider dans notre démarche d'information.

Les podologues, par exemple, côtoient les personnes âgées et disposent de temps pour leur parler de prévention du cancer, les cabinets d'esthétique également, sont des lieux où l'on parle beaucoup de santé. Les généralistes sont bien sûr des relais essentiels, ainsi que les mairies des petites communes, où l'affichage est particulièrement lu.

Pour impliquer ces professionnels de santé, une plaquette pourrait être adressée par exemple par le syndicat des podologues à ses membres, dans les départements rhônalpins qui s'engagent dans le dépistage organisé : la Loire, le Rhône, l'Isère, la Haute-Savoie."

La communication: un outil

accomplir la délicate transition entre la visite habituelle et le discours préventif, sans trébucher sur les réticences prévisibles, et a priori

compréhensibles, des patientes. Les femmes sollicitées pour un dépistage organisé ont entre 50 et 74 ans, et n'ont pas plus envie qu'à 20

Précautions pour une prévention réussie

L'un des enjeux de cette enquête est de faire reconnaître, à l'ensemble des acteurs de santé, la spécificité de ce dépistage. Même si l'invitation systématique des femmes augmente sensiblement leur nombre dans les statistiques de dépistage, les conséquences d'une proposition de mammographie par un généraliste sont lourdes sur le plan psychologique.

Quand la patiente consulte son gynécologue, elle est a priori prête à entendre ce type de conseil pour sa santé. C'est moins le cas lorsqu'elle consulte un généraliste pour une angine ou tout autre problème. Le médecin sort alors du contexte de l'acte de soin ordinaire et doit



Symbole de féminité, le sein est aussi un organe comme les autres qui peut présenter un risque de cancer. Aujourd'hui, en France, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme : environ une femme sur dix peut être confrontée au cours de sa vie à cette maladie. Deux cancers du sein sur trois se déclarent chez les femmes après la ménopause, celle-ci survenant le plus souvent vers 50 ans.

Un cancer du sein met en général plusieurs années à se développer, et ceci, contrairement à ce que l'on peut penser,

Détecter précocement un cancer du sein accroît les chances de guérison.

Le risque actuel de ne pas être prise en compte par la prévention du cancer du sein est très faible. En revanche, un peu de dépistage organisé dans le cadre d'un suivi régulier et personnalisé peut être très efficace pour détecter les cancers du sein à un stade précoce, ce qui augmente les chances de guérison.

Une surveillance régulière et adaptée à votre âge.

Dans le cadre de votre surveillance gynécologique, il est important de comprendre par ailleurs, au moins en l'absence de tout signe de cancer, il est important de vous faire examiner régulièrement les seins. L'examen des seins se fait par palpation et à partir de 50 ans, par une mammographie tous les 2 ans. En effet, la mammographie est une radiographie des seins réalisée par un appareil pour détecter des anomalies qui deviennent plus précises après la mammographie.

dépliant d'une communication de la ligue pour l'année 2002



ou 40 ans de parler d'âge, de maladie, de mort...

Le médecin généraliste sait qu'il aborde un thème inquiétant et sensible avec le cancer du sein, il aura donc besoin de temps et de tact pour passer du soin quotidien à la prévention organisée.



Marie-Claire Zinck,
philosophe et psychothérapeute

Dépistage et interrogations existentielles

Pour expliquer le déni opposé par certaines femmes au risque de cancer du sein, Anne Garnier cite la philosophe et psychothérapeute Marie-Claire Zinck, qui a collaboré au rapport du CRAES CRIPS intitulé



Un style clair pour aider à mieux vivre la maladie.

l'ORS (n° 37, janvier 2002, accessible sur le site www.ors-rhone-alpes.org), Marie-Claire Zinck définit le dépistage comme une épreuve : "Habituellement, les maladies sont annoncées par des signes physiques auxquels on essaie d'abord de remédier par soi-même, puis, quand ça ne va pas mieux, on va voir un interprète, un médecin, un spécialiste... Ce temps de latence permet que se fasse le chemin d'une maladie ou d'une

dépistage, il devient un lieu potentiellement porteur de mort. En recevant une invitation à se faire dépister, c'est tout cela qu'une femme entend en même temps, sans bien le comprendre. C'est excessivement violent (...)

Quand elle se soumet au dépistage, la femme est dans une intime fragilité et peut être en détresse (...)

indispensable, mais toujours à repenser !

"Le dépistage organisé du cancer du sein : formes, acteurs et sens de la communication", octobre 2001. Dans une interview accordée à la Lettre de

mort possible et change le rapport au corps, le rapport à la vie. Le dépistage vient court-circuiter ce moment de latence. Il met d'emblée la femme dans une position de méfiance par rapport à son propre corps. Seul quelqu'un d'extérieur à elle et, qui plus est grâce à une technique froide et mortifère, est susceptible de lui dire une vérité sur son corps (...) Le temps du dépistage (tous les deux ans) confronte la femme à un changement de rythme. Jusqu'à ses 50 ans, le rythme qui vient scander sa vie, celui des règles, est porteur de vie. Au moment où ce rythme-là cesse, on lui propose un autre rythme, qui touche également sa féminité, mais qui est lui, porteur de mort. C'est quelque chose de difficile à vivre, d'une part parce que la vieillesse est là (...)

D'autre part parce que le lieu de ce possible cancer était jusque là un lieu de vie, un lieu de plaisir, un lieu de nourriture pour l'enfant. Par le

Si les techniciens ne font pas attention à cela, s'il n'y a pas suffisamment de respect, s'il n'y a pas d'accompagnement humain face à cette fragilité et à cette confiance donnée c'est, plus que le cancer, en quelque sorte, la mort que reçoit la femme ; cela peut être d'une violence inhumaine."

Cette analyse et celle d'un sémiologue participant au groupe de communication national a convaincu les soignants de l'ODLC que le rejet du dépistage ne doit pas être mal jugé, mais qu'il est capital de le faire comprendre aux médecins. "J'attends beaucoup de la suite de cette enquête, reprend Anne Garnier.

Il était indispensable que les libéraux, via l'UPML, s'impliquent dans cette étude pour que les messages changent et que les regards se modifient."

Une vaste campagne de mobilisation organisée à l'échelle du département.

Pour mieux lutter contre les conséquences des cancers du sein, l'ensemble des acteurs de santé de votre département se mobilise aujourd'hui pour proposer à toutes les femmes de 50 ans ou plus, un examen mammographique de qualité, gratuit et régulier.

Cet examen auquel vous êtes invitée peut être prescrit par votre généraliste ou votre gynécologue. Il doit être réalisé par un radiologue, membre du réseau spécialisé dans le dépistage mis en place dans votre département.



MEDECINS

Réactions et motivations des partenaires



Philippe Degryse,
radiologue

L'Isère, site pilote

D'après Philippe Degryse, radiologue à Saint-Egrève (38) "le dépistage, qu'il soit organisé ou non, touche les mêmes personnes."

Les précurseurs anglo-saxons du dépistage systématique ont d'ailleurs été saisis d'un doute sur son bien-fondé, puis ils ont fait suffisamment d'études pour dégager une certitude : le dépistage organisé a un intérêt évident à partir du moment où il touche un nombre de femmes suffisant (environ 60% dans la tranche d'âge 50-74 ans).

"Celles qui viennent chez le radiologue sont dans tous les cas des femmes assez inquiètes pour leur santé", note Philippe Degryse, qui précise que dans son département, l'expérience de dépistage organisé portait ces dix dernières années sur trois cancers (sein, utérus, colon-rectum).

Une opération lourde, selon lui, sur le plan psychologique pour la patiente, et sur le plan professionnel pour le médecin traitant. Interroger la personne sur ses antécédents, remplir la fiche de renseignements, pratiquer un frottis et un hemocult, palper les seins, cela demande souvent plus de 20 minutes, et les médecins n'ont obtenu pour ce dépistage que la rémunération d'une consultation normale, alors que cette consultation peut être considérée comme spécifique.

Un autre frein au dépistage s'est imposé, note le radiologue, "dans le sens où certains gynécologues et généralistes exercent en secteur 2 et sont rémunérés au tarif du secteur 1."

Depuis le 1^{er} janvier 2002, les modalités de recueil de l'information par les radiologues se conforment au cahier des charges national.

Ce dernier propose deux incidences pour chaque sein, de nouvelles modalités de lecture des clichés, des installations contrôlées, une formation du personnel, etc."

Les conséquences du dépistage organisé dans la Loire

Jean-Pierre Convers, Médecin coordinateur de l'association VIVRE, souligne les effets positifs du dépistage organisé depuis 1993 dans son département :

"Cette expérience a révélé la volonté de toute une profession, médecins libéraux comme hospitaliers, d'entrer dans un processus collectif de santé publique, contrôlé et évalué."

• **Sur le plan professionnel**, grâce à ce programme, les libéraux et les médecins de santé publique ont pu entrer dans un schéma de coopération.

Les nouvelles conditions de dépistage qui sont désormais fixées pour la suite du programme sont d'ailleurs propices à cette amélioration des relations entre médecins de santé publique et libéraux.

A ce propos, je tiens à remercier tous les médecins pour leur excellente coopération autour du suivi des femmes dépistées.

Sur 1000 femmes de 50 à 74 ans, on trouve en moyenne 50 mammographies anormales, dont 6 cancers. Ces cas font l'objet d'échanges entre médecins, et des données anonymes sont envoyées à l'Institut de Veille Sanitaire, pour une étude épidémiologique nationale.

• **Sur le plan éthique**, les structures de dépistage sont reliées au Comité d'Éthique, bientôt rebaptisé « Comité scientifique », et celui-ci nous aide à régler les questions d'éthique, mais aussi d'organisation et de science. Des personnalités éminentes de diverses spécialités (oncologues, anatomopathologistes, gynécologues, radiologues...) nous donnent leurs réflexions sur la meilleure façon de mener la campagne de dépistage.

• **Sur le plan matériel**, depuis 1993, les contrôles qualité imposés dans ce cadre ont considérablement amélioré les installations de radiologie dans la Loire.

• **Sur le plan des compétences**, cet engagement pour la qualité des prestations exige une formation à la lecture des radios de dépistage, par des organismes agréés.

• **Sur le plan diagnostic**, le nouveau programme de dépistage organisé prévoit désormais deux incidences radiologiques ou plus par sein, il n'y a plus de différence entre examen préventif et diagnostique. Le problème de l'incidence unique, une seule radio oblique externe était prévue dans les premières années de dépistage, est réglé. Certaines femmes considéraient l'incidence unique de la mammographie de dépistage comme une radiographie "au rabais". Elles seront également rassurées par cette meilleure investigation. Dans la foulée, les réticences des médecins, parfois hostiles au programme de dépistage sont contrecarrées. Certains n'hésitaient pas à prescrire d'emblée ces deux incidences, sortant ainsi du cadre du dépistage organisé.

Par ailleurs, les gynécologues prescrivant la mammographie pourront désormais voir les clichés. Ce n'était pas le cas jusqu'à cette année, puisque les radios n'étaient pas données aux femmes par le radiologue.

Cette possibilité va satisfaire les gynécologues : ils souhaitent toujours voir les mammographies de leurs patientes.

- Une double lecture des clichés a toujours valorisé cet examen. Des spécialistes de la mammographies, qui liront à l'avenir 2000 clichés par an (selon le cahier des charges), garantissent le haut niveau de fiabilité des conclusions.

• **Sur le plan de la nomenclature**, la mammographie de dépistage, remboursable, sera clairement identifiée dès 2003. On saura, grâce à la codification ZM 41 qui lui sera attribuée, très précisément qui a été dépisté. Jusqu'à présent, la définition des personnes suivies ou non suivies était floue. Cette nouvelle cote va préciser l'opposition entre mammographies de différentes natures.

• **Sur le plan médical**, le décret du 24 septembre 2001 ajoute le dépistage du

cancer colo-rectal et celui de l'utérus à celui du sein dans la Loire. 2002 sera l'année de la généralisation du dépistage du cancer du sein sur toute la France, qui ne sera plus limité à 32 départements.

• **Sur le plan de la communication,** l'acceptabilité de l'examen de dépistage est à travailler. Les femmes de 50 ans se disent qu'elles n'ont plus besoin de se préserver d'une grossesse, et consultent moins. Or c'est l'âge où les cancers se développent, et on ne voit pas le temps passer entre deux mammographies. Il existe aussi des obstacles culturels à la consultation gynécologique, je pense aux femmes kurdes et turques rencon-

trées dans le département dans les Centres d'Examen de Santé.

Une nouvelle communication devrait commencer en mai 2002, dès l'agrément des structures de dépistage, avec l'avis des conseils généraux et de l'Assurance Maladie.

Je crée pour cela, avec l'appui de personnes et d'organismes volontaires, une association féminine pour la promotion du dépistage.

Les professionnels de santé (médecins, infirmières, podologues...) seront invités à s'impliquer pour évoquer l'utilité du dépistage autour d'eux.

Les femmes doivent de leur côté acquérir le réflexe du dépistage tous les deux ans. Or pour cela, un message de femme à femme est également important, dans les milieux défavorisés en particulier, au vu de l'expérience menée à Saint-Etienne dans les Maisons de quartier où se retrouvent beaucoup de femmes immigrées, sous-informées.

Nous avons traduit dans leurs langues des informations sur le frottis du col et sur la mammographie. Dans les CES, on note aussi que les personnes RMistes ou au chômage, malgré la CMU, ont rarement bénéficié d'un examen des seins tous les deux ans. Un effort d'information est donc à faire en direction de ces populations."

Le point sur le dépistage dans la région

Identification des obstacles

Le Programme Régional de l'Assurance Maladie a constitué un groupe de travail depuis 2000 pour accompagner la généralisation du dépistage sur tout le territoire. Notre réflexion s'appuie sur des études aux angles divers. En octobre 2000, une enquête commandée à l'ORS nous a confirmé l'adhésion des médecins libéraux de Rhône-Alpes au principe du dépistage et aux mesures inhérentes à sa qualité.

Le CAREPS nous a fourni des statistiques sur le nombre de mammographies pratiquées. L'enquête de l'UPML prolonge cette investigation, en finesse, sur les freins qui s'opposent au dépistage chez les patientes et les médecins.

Précarité et fragilité

L'impact de la précarité et plus largement de la fragilité des femmes sur leur accès aux soins n'est pas développé dans le premier volet de l'enquête sur "Les filières d'accès à la mammographie en Rhône-Alpes". Il apparaît qu'après 60 ans, les femmes de toutes conditions sont classées dans la catégorie « retraitées », quelle que soit leur situation, ce qui ne permet pas d'évaluer leur profil exact.

Cependant, de nombreuses études ont montré que la précarité économique, la

fragilité affective et psychologique, un faible niveau culturel et des difficultés matérielles sont des facteurs négatifs pour le dépistage et l'accès aux soins en général.

La liaison forte entre précarité et manque de soins est vérifiée par l'étude "Profil et motivation des femmes non participantes au dépistage organisé du cancer du sein" dans les Ardennes belges et françaises, à consulter sur le site:

www.urcam-champagne-ardennes.fr, et par l'enquête ORS sur les "Facteurs d'adhésion et de résistance au dépistage du cancer du sein auprès des femmes de 50-74 ans" (août 2001 ADEMAS 69, CES Lyon (dépistage organisé), CES Chambéry (dépistage individuel). Cette enquête permet de comparer les réactions des femmes des sites organisés et non organisés. On peut la consulter sur le site de l'URCAM (www.rhone-alpes.assurance-maladie.fr) et sur celui de l'ORS.

Logistique et communication

La logistique qui se met en place avec la généralisation du dépistage tient compte de tous les obstacles rencontrés par les sites pilotes, après des années d'expérience.

Par Gilles de Angelis, Chargé de mission prévention URCAM



• **Le facteur économique**, parfois dissuasif pour certaines femmes concernées par le manque de ressources est minimisé. Les patientes ont désormais accès au dépistage organisé grâce au tiers-payant, il ne nécessite pas l'avance des frais comme le dépistage individuel.

• **La garantie de qualité** donnée par ce cadre (installations contrôlées, suivi par une structure de dépistage identifiée, clichés reçus par le médecin...) est encore un argument à faire valoir pour vaincre d'autres résistances.

Point important : médecins et patientes savent par exemple que désormais, une double lecture organisée des clichés limitera au maximum les faux, positifs ou négatifs. Si un doute subsiste après première lecture par le radiologue, puis en deuxième lecture par des radiologues formés spécialement, une troisième lecture est prévue.

Le cahier des charges de ce dépistage généralisé a donc été longuement mûri, au vu des expériences menées dans les sites pilotes et à la lecture des études concomitantes. On ne discute plus aujourd'hui l'utilité du dépistage, mais toute notre énergie s'investit maintenant dans un objectif : toucher au moins 60% des femmes concernées par cette action de santé publique.

Or ce but ne sera atteint que si les médecins adhèrent au principe de dépistage.



10 ans de prévention dans le Rhône

Par Elisabeth Gormand, Radiologue à Lyon,
Présidente d'ADEMAS 69

“A l'origine de l'organisation du dépistage dans le département, se trouvent le conseil général du Rhône, suivi par l'assurance maladie, avec les radiologues (représentés par le Dr Paul Jacquemet) et les gynécologues (représentés par le Pr Alain Brémond). 120 radiologues ont eu l'initiative de pratiquer alors la double lecture des clichés de mammographie.

Le Rhône, le Bas-Rhin et les Bouches-du-Rhône sont ainsi les trois premiers départements français à avoir mis en place ce système.

De l'ADEMAS 69, association Loi 1901, partent les invitations qui incitent les femmes de 50 à 74 ans à se rendre dans les centres agréés, rigoureusement contrôlés, où elles pourront bénéficier d'une mammographie. Elles ont toutefois le droit de ne pas répondre aux invitations ni aux relances, qui interviennent après trois mois si elles ne se sont pas manifestées.”

Le nouveau mode de dépistage

Une méthode de dépistage, beaucoup plus nuancée que la première, est née de ces dix ans d'expérience. Lorsque le radiologue ne constate aucune anomalie en première lecture, il envoie le cliché à l'ADEMAS pour une seconde lecture, comme prévu initialement. Si le résultat est positif, la seconde lecture n'interviendra plus immédiatement comme avant, mais n'aura lieu, dorénavant, qu'après l'obtention des résultats des examens complémentaires.

Seul un cliché d'information est envoyé à l'ADEMAS, et on ne perd pas de temps pour le diagnostic approfondi. Surtout, une nouvelle classification établit un diagnostic sur une échelle de 1 à 5. Cette réponse nuancée, beaucoup plus pointue que l'ancien constat binaire, est une première en France en matière de dépistage !

Vers une vraie rencontre

La grande qualité du dépistage organisé a convaincu les gynécologues et les médecins traitants, parfois sceptiques au tout début des campagnes. Mais ce qui a continué de déranger les femmes, c'est le terme de “test”. Efficace sur le plan médical mais pas satisfaisant sur le plan humain, l'examen est aujourd'hui complété par une véritable consultation, avec interrogatoire, examen clinique et explication du résultat. Ce bilan sénologique, proposé tous les deux ans à la femme, avec une mammographie offer-

te, est la forme aboutie du dépistage tel qu'il sera mis en place d'emblée sur 32 départements français. L'hémocult et le frottis, pour le dépistage du cancer du colon et du col de l'utérus, seront eux aussi accompagnés d'une consultation. Pour le sein, cette rencontre avec le praticien était incontournable : cet organe a son identité propre, investie par l'intimité et la féminité, ce qui explique que la maladie du sein, et sa chirurgie, ont un impact beaucoup plus fort que sur un autre organe non visible, comme la vésicule ou l'appendice.”

Conclusion

Le but de cette étude était de faire une analyse descriptive des femmes de 50 à 74 ans venant faire une mammographie dans les zones avec et sans programme de dépistage organisé. Il ne s'agissait donc pas d'une analyse par département, cependant tous les départements ont été représentés dans l'échantillon.

Cette phase préliminaire de notre étude ne met en évidence aucune différence significative quant au “profil” des femmes accédant au dépistage dans les sites de dépistage organisé et ceux dans lesquels il reste personnalisé. Seule la couverture générale du dépistage est différente.

Les critères de catégorie socioprofessionnelle et de commune de résidence rurale ou urbaine ne varient pas, il existe seulement des différences pour l'âge, pour l'ensemble des femmes et pour les

suivies/non suivies.

La couverture générale du dépistage est différente selon la nature des sites ; il existe également des différences de pratiques entre généralistes et gynécologues, qui restent à explorer.

Ce travail va nous permettre d'étudier, dans une seconde étape, la spécificité de l'acte médical de prévention qui consiste à expliquer le dépistage, en favoriser l'accès, en restituer les résultats. Nous comptons ainsi, contribuer à sa reconnaissance effective, au delà des mots, dans la nomenclature.

Les structures départementales d'organisation de la prévention

Office Départemental de Lutte contre le Cancer

7, avenue du Granier 38 240 Meylan

Tél. 04 76 41 25 25
et 04 76 41 21 21

VIVRE

10, rue Louis Braille 42 000 Saint Etienne

Tél. 04 77 42 26 26

Association de Dépistage des Maladies du Sein (ADEMAS 69)

28, rue Servient 69 003 Lyon
Tél. 04 72 84 65 30

Pharmacovigilance

La meilleure connaissance du médicament est un élément essentiel pour notre pratique quotidienne. Dans quelques semaines, en collaboration étroite avec les centres de pharmacovigilance de Lyon, Grenoble, Saint Etienne, vous trouverez dans nos publications des informations sur les effets indésirables des médicaments. Sur le site internet de l'Union vous trouverez également des liens vers les articles de fond, des alertes éventuelles et une fiche déclarative pour les effets indésirables. C'est un nouvel outil qui nous permettra de disposer d'une information de qualité et indépendante.

 chantiers de l'union

les bulletins de l'Union

CHANTIERS DE L'UNION Parution semestrielle de L'UNION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS Libéraux Rhône-Alpes

UPML RHÔNE-ALPES : 20, rue Barrier 69006 Lyon / TÉL 04 72 74 02 75 / FAX 04 72 74 00 23 / SITE WEB : <http://www.upmlra.org/> / E-MAIL : upmlra@upmlra.org

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION Jacques CATON / RÉDACTEUR EN CHEF Bernard Muller / RÉDACTION : Transit Communications - Sylvie Finand

ASSISTANTE DE RÉDACTION Mme Anne-Marie LOUVET / ÉDITEUR DÉLÉGUÉ TRANSIT Communications, 18, place Tolozan 69001 Lyon - transit@mci-group.com

CRÉDITS PHOTOGRAPHIQUES © 2002 TRANSIT Communications

Conception Graphique : © TRANSIT Communications 2002
Impression : IDMM l'imprimerie des Monts d'Or - Dardilly