

Difficultés d'adhésion des femmes dépistées au suivi médical

H DELATTRE-MASSY ADK 92 NANTERRE/ACORDE

Pas de conflit d'intérêt

Objectif de cette enquête

Etudier la population de femmes ayant eu une mammographie de dépistage organisée positive en première ou en deuxième lecture pour lesquelles la SG n'a pas eu le retour du suivi médical :

- La quantifier
- Cerner leur profil avec les informations à la disposition des SG. En effet par définition peu de remontées d'information sur ces femmes et sur les raisons de leur non adhésion au suivi
- Recenser les pratiques déployées par les SG pour le suivi médical en plus de celles décrites dans le cahier des charges

Etude ACORDE méthode

- Les questionnaires adressés aux médecins coordinateurs du réseau ACORDE comportaient un volet qualitatif et un volet quantitatif
- La partie qualitative cette enquête a bénéficié des réponses de **67 départements** (dont une région de quatre départements) :

64 questionnaires exploitables

1 questionnaire partiellement exploitable

2 questionnaires hors délai

- Pour la partie quantitative réponse de **63 départements**

Remerciements

C Balamou (01), J Peng (02), J Puvinel (03), JL Vinard (04-05),
C Granon (06), J Botokeky (08), M Thirion (10), C
Nzietchueng-Pellicier (12), MC Quartier (14-50), A Feyler (17),
E Fetissof (18), F le Duff (20), L Bugeon (23), I Laville (24), R
Rymzhanova (Franche-Comté), S Guiller-Devillers (27), MR
Lepec (31), V Sarlon (32), C Payet (33), K Haguenoer et S
Sengchanh (37), C Exbrayat (38), S Teillet (41-45), J Tomczyk-
Ferrero (42), C Allieux (44), RJ Casaux (46), I de Hercé (49),
MC Scandola-Guyot (52-55), P Lalanne (53), C Morel (54)

Remerciements

F Deshayes (57), B Cockenpot (59), C de Sèze (60), A Notari (61), ML Forzy (62), I Moulichon (66), P Soler-Michel (69), E Tardieu (71), N Moutarde/D Honoré (72), A Deloraine (73), A Liataud (75), A Benhammouda (76), A Kaufmanis (77), C Vincelet (78), S Arlot-Lamade (79), M Barraud-Krabe (82), M D Harmel (83), CP Gautier (84), G Bianco (85), C Tournoux-Facon (86), C de Carvalho (87), MO Berardi (88), S Cornelis (89), A Bernoux (91), H Delattre-Massy (92), A Koïvogui (93) S Bercier (94), S Brechenade (95), C Bachellier-Billot (971-972), K Slama (974)

Le suivi médical dans le cahier des charges du dépistage organisé

Le suivi des dépistages suspects en première ou en deuxième lecture incombe aux structures de gestion

Le cahier des charges en définit les procédures : courriers aux professionnels de santé et à la patiente, voire contact personnalisé

Un an après le dépistage si aucune information n'a été recueillie la femme est considérée comme « perdue de vue »

Le pourcentage des femmes perdues de vue après une mammographie positive a un impact direct sur l'efficacité du programme, il doit être le plus faible possible

Précautions limites

Le terme « Perdue de vue » ne signifie pas forcément qu'aucun examen n'a été réalisé, car certains suivis ne sont pas communiqués aux SG (refus de la femme de communiquer son suivi, perte de la traçabilité des patientes). Ceci n'est cependant pas vérifiable.

Le codage de Santé publique France englobe les refus de suivi dans les PDV.

Les dépistages positifs en raison d'un examen clinique anormal sans anomalie d'imagerie n'ont pas été recueillis dans cette enquête

Dans quel délai les SG classent-elles les dossiers sans réponse en PDV ?

1 an à 18 mois	19 %
2 ans	57 %
3 ans	7 %
4 ans	2 %
Au cas par cas ou lors de l'extraction SPF	15 %

Le choix de la période d'étude 2014–2015 a permis de s'affranchir des délais de clôture tardifs

Seulement 0.2% des dossiers positifs sont en situation inconnue

Partie qualitative

Le questionnaire a porté sur la campagne 2014-2015

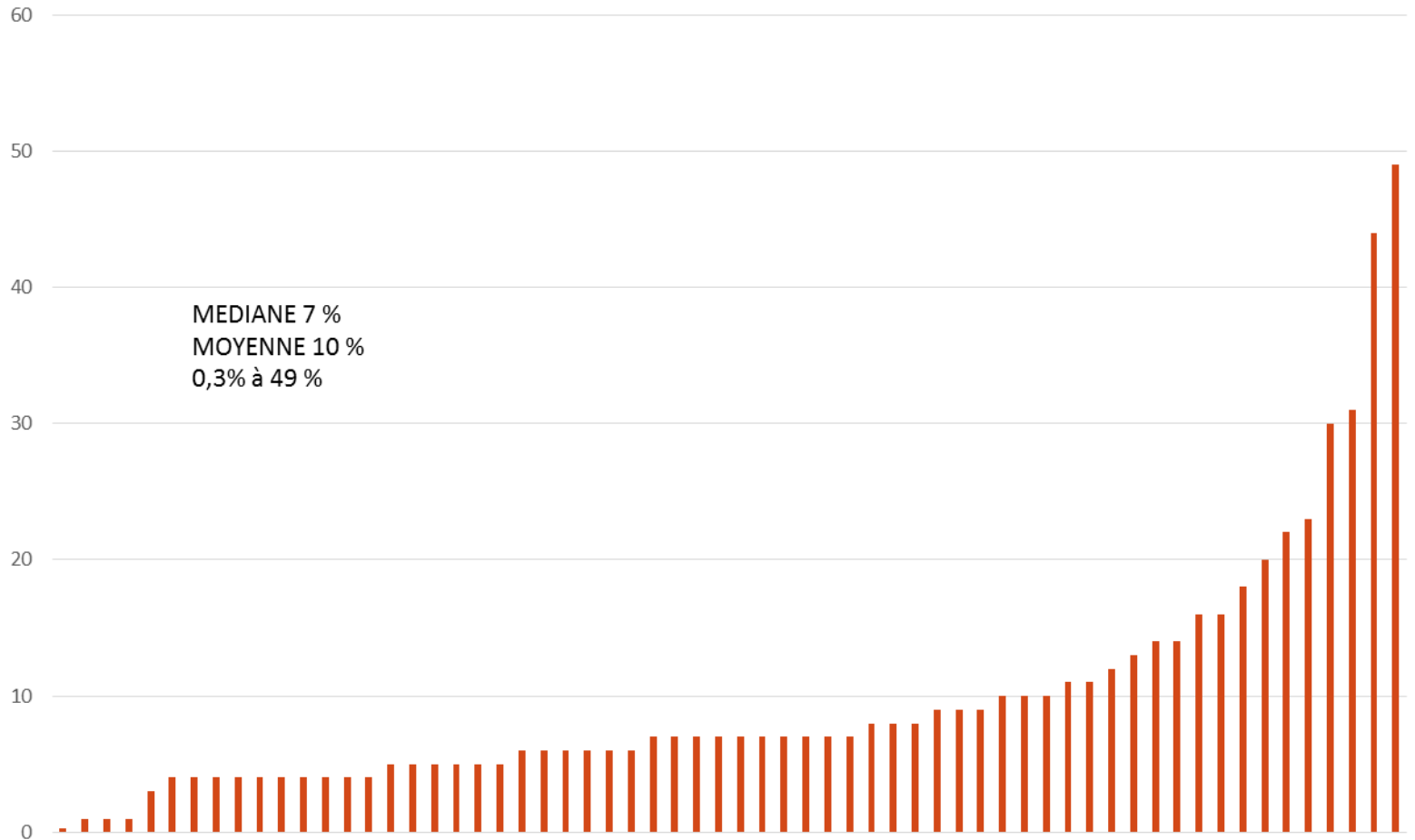
Dans un souci d'homogénéisation l'étude basée sur le dictionnaire des situations finales de Santé Publique France

3 423 968 mammographies de dépistage organisé

170 246 mammographies positives en première ou en deuxième lecture soit 5%

15 689 dossiers classés « perdues de vue »

% de dossiers positifs classés perdus de vue par département



Premier constat : grande variabilité dans le retour des données. 79% des départements $\leq 10\%$ de PDV. Rq population éligible par département de 20 000 à 300 000 femmes

Pourcentage de PDV par type d'ACR

% PERDUES DE VUE	ACR0	ACR3	ACR4	ACR5	ECHO + ACR1/2
L1	15%*	13%	6%	2%	14%
L2	5%	11%	8%	5%	-

* sur 43 départements

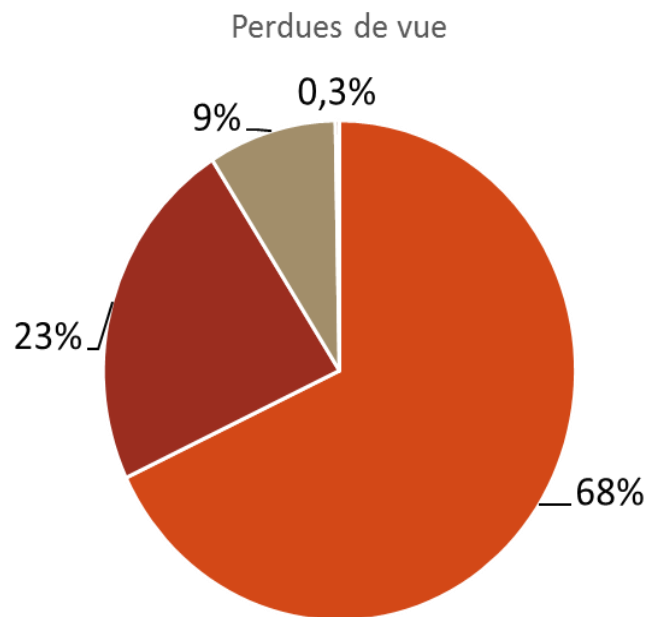
- Les dossiers ACR0 en L1 correspondent le plus souvent à des refus de bilan
- Taux de PDV plus élevé pour les dossiers classés ACR3 en L1 et L2. Un des logiciels clôt automatiquement les dossiers ACR3 en PDV pour les réinviter ceci parfois avant la fin du suivi.
- Taux de PDV plus élevé pour les échographies positives avec ACR1/ACR2

Pourcentage de PDV par tranche d'âge

AGE QUINQUENNAL	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74
Perdus de vue	12%	10%	8%	8%	8%

Le taux de PDV décroît avec l'âge. Il serait intéressant de croiser cette donnée avec le type d'ACR par âge

Influence de l'entourage médical des PDV ?

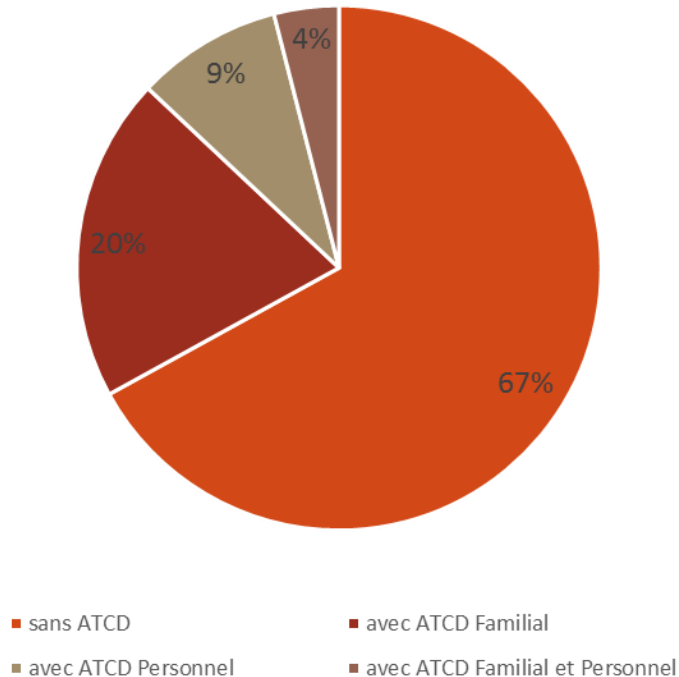


■ avec un MT ■ avec MT et GYN ■ sans MT ni GYN ■ avec un GYN

Seulement 0,3% de PDV quand elles ont un gynécologue
Nécessité de comparer le pourcentage de femmes ayant déclaré un gynécologue pour toutes les mm de DO

Niveau de risque des PDV

Perdues de vue



- 6% avaient une dernière mammographie de DO positive
- 32% ont une densité mammaire élevée
- 6% sont sous THS

Les femmes PDV peuvent avoir un ou plusieurs sur-risques de développer un cancer du sein

Devenir des perdues de vue dans la campagne suivante : mammographie refaite

42 % des femmes PDV ont refait une mammographie de dépistage organisé lors de la campagne suivante

86% des mammographies sont négatives ou bénignes

Le taux de cancer détectés est de **21 pour mille femmes** dans la population de cette série

Devenir des perdues de vue : réponse postale

10 % des femmes perdues de vue en 2014-2015 ont adressé un courrier en réponse à leur invitation dans la campagne suivante.

Par rapport à l'ensemble des femmes PDV en 2014-2015 :

2% des invitations suivantes sont revenues en NPAI

1% ont déclaré qu'elles avaient eu un cancer du sein (série 113)

6% ont déclaré qu'elles bénéficiaient d'un suivi régulier

1% ont déclaré d'autres causes dont refus d'effectuer l'examen

Partie quantitative

Première question : appel téléphonique ?

Une fois que les courriers décrits dans la procédure du cahier des charges ont été envoyés aux femmes et aux professionnels de santé téléphonez vous :

	au médecin traitant	à la femme
Oui	68%	50%
Non	32%	50%

Type d'ACR majoritaire quand contact téléphonique :

ACR4/ACR5 en L1 L2

ACR0 en L2

Certains départements téléphonent pour tous les types de dossier

Dépend de la taille de la population

Avez-vous d'autres moyens de recueillir les suivis que ceux décrits dans le cahier des charges?

En plus des contacts définis dans le cahier des charges (radiologue, médecin traitant, gynécologue, anatomopathologiste, patiente)

2 SG reçoivent des données de DIM

3 SG reçoivent des données de registres des cancers

6 SG reçoivent des données de RCP (sans précision)

12 SG reçoivent des données des centres régionaux de cancérologie (accès au DCC mentionné pour une des SG)

Conclusion

- Le dépistage organisé constitue la première étape du parcours de soin pour les patientes dépistées positives

Cependant les examens de suivi médical ne sont pas remontés pour environ 10% des femmes dans cette étude

Ces femmes peuvent présenter des risques élevés de développer un cancer du sein

- Afin d'améliorer ce retour, il serait nécessaire que les structures de gestion puissent mettre en œuvre d'autres types de moyens que ceux définis au cahiers des charges de 2006 pour recueillir les données des femmes dont le dépistage est anormal. Les liens avec les réseaux de cancérologie pourraient être développés dans toutes les régions, sous réserve que soient respectées les précautions de sécurité dans les échanges de données

Merci pour votre attention

