

Des conditions locales suffisent-elles à expliquer des différences de comportement ?

Un exemple : la prise en charge de leur santé par les femmes aveyronnaises.

Patrick DESCOINS

Groupement Régional de Santé Publique- de Midi-Pyrénées et du suivi du PRSP (GRSP).

1. Le problème

Les démographes analysent volontiers les flux constitués par les déplacements domicile-travail. Ils décrivent ainsi des bassins d'emploi et des aires urbaines, en s'appuyant sur l'observation de comportements pris dans un contexte géo-économique.

Le secteur de la santé et du social s'intéresse de la même manière aux flux. Les déplacements, choisis ou imposés, entre une population dispersée et une offre de soins localisée sont eux aussi explicatifs de comportements : du domicile à la maternité lors d'un accouchement, du domicile à l'hôpital ou la clinique lors d'une hospitalisation urgente ou programmée. Ces derniers flux ne sont pas indépendants des premiers cités. Accoucher dans telle maternité plutôt que telle autre a été considéré comme relevant d'un choix, aboutissement d'une multitude de facteurs (culturels, économiques, géographiques, sanitaires et sociaux) complexes et imbriqués.

Nous avons cherché à renouveler l'exercice en utilisant les informations collectées à l'occasion des récentes campagnes de dépistage organisé du cancer du sein. Il ne s'agit plus ici d'aller travailler, ni d'accoucher, ni de se faire hospitaliser, mais de se déterminer et de passer personnellement à l'action : celle de prendre en charge sa propre santé par le biais d'une implication ou d'une adhésion à une démarche de prévention.

Cette étude a pour origine une interrogation née de la forme des courbes constituées à partir de l'enquête décennale santé.

Les courbes selon l'âge des recours aux soins ont la forme d'un « U », qu'il s'agisse du nombre annuel des consultations chez son médecin ou à l'hôpital, de séances d'infirmières ou de la consommation de médicaments. Les courbes se « brisent » vers 80 ans au moment où les personnes âgées semblent renoncer à prendre soin de leur santé. Vers 80 ans, les maladies devenant en moyenne et paradoxalement moins graves peuvent conduire à une diminution relative du nombre de consultations. Ceci ne suffit pourtant pas à expliquer le changement de comportement des personnes concernées.

Nous voulons observer l'élément ténu que constitue la volonté de prendre soin de soi, en dépassant le stade simple du recours à la médecine curative, en nous concentrant sur le recours à la prévention, qui laisse plus de place à un choix moins contraint.

Nous avons usé de l'opportunité d'utiliser les données des campagnes de dépistage du cancer du sein, pour mesurer exhaustivement, la façon dont une population, en l'occurrence la totalité des femmes aveyronnaises âgées de 50 à 74 ans, a appréhendé l'invitation qui lui a été faite de (re)prendre en compte sa propre santé en se soumettant à une mammographie facultative.

Si l'existence de « bassins » dans lesquels des populations prennent mieux en compte qu'ailleurs leur santé se confirme, nous superposerons ces territoires avec leurs homologues déjà identifiés pour leurs particularités démographiques.

Notre analyse sera confrontée à de nombreuses variables perturbatrices. Même si l'exercice est complexe et risqué et si les données dont nous disposons sont exclusivement géographiques, nous avons ici cependant une occasion d'observer, avant que des effets d'adaptation et de brouillage supplémentaires n'apparaissent, un indice de ces comportements sur la santé, à l'état relativement pur.

2. Le contexte

Le cancer du sein est l'un des plus fréquents chez la femme. Son dépistage organisé consiste à proposer à l'ensemble des femmes âgées de 50 ans à 74 ans, le passage d'une mammographie tous les deux ans.

Les femmes qui n'ont jamais passé de radiographie, déclarent dans une étude récente développée par l'Institut national du cancer, « ne pas avoir besoin de cet examen » (une sur deux pour les 50-74 ans et près de deux sur trois pour les 70-74 ans). Le manque de temps est fréquemment avancé par les 50-59 ans. Les autres causes sont liées à la conception dramatique et angoissante du dépistage des cancers, à l'idée de l'incurabilité du cancer. 21% des personnes qui ne se font pas dépister voient le cancer comme une maladie dont on ne guérit pas. Elles confondent souvent dépistage et diagnostic consécutif à l'apparition de symptômes. Le dépistage de masse, peu qualitatif et impersonnel, « fait à la chaîne », n'est pas attractif.

Les intentions de participation au dépistage organisé ont toutefois progressé depuis le lancement de campagnes de sensibilisation. Près de 82% des femmes âgées de 50 à 74 ans déclareraient dorénavant avoir l'intention de se faire dépister du cancer du sein dans le cadre du dépistage organisé.

En termes de mortalité totale, le bénéfice du dépistage en population générale n'a cependant pas été démontré. Un nombre significatif de « cancers de l'intervalle » peut être diagnostiqué en dehors des périodes de dépistage. De nombreuses femmes suivent des examens à titre individuel, en dehors du dispositif organisé.

Des actions d'accompagnement ont été conduites pour améliorer le taux de réponse et mobiliser de manière active les femmes : campagnes de communication nationales (publicité TV, radio, presse...) ; campagne d'information et de communication « Femmes et Santé » en Midi-Pyrénées.

Les campagnes ont pour but de transmettre des informations aux femmes, lors de réunions publiques animées par un médecin et un travailleur social : histoire naturelle de la maladie, épidémiologie, facteurs de risque et prévention.

Après trois ans de campagne, le taux de passage de mammographies, mesuré en France ou en Midi-Pyrénées, reste très en deçà des 70% attendus. Il est considéré comme décevant pour ce qui concerne le résultat attendu en termes de santé publique. On ne retiendra peut-être dans l'avenir, que l'impact des campagnes d'accompagnement et de sensibilisation, sur l'évolution générale des comportements.

LE DÉPARTEMENT DE L'AVEYRON



Ce département midi-pyrénéen est situé au sud du Massif central, d'où son relief relativement accidenté. Ses principales villes, Rodez, Millau, Saint-Affrique, Villefranche de Rouergue, Decazeville sont de taille modeste. Avec une population de 270175 habitants (1-1-2004), et une densité de 31 habitants par km², c'est un des départements les moins densément peuplés de France.

Située au centre du département, Rodez et sa périphérie (près de 50 000 habitants et 257 habitants par km²) fait figure de grande ville à l'échelle de l'Aveyron. À l'ouest, les bassins de Villefranche de Rouergue et de Decazeville forment un ensemble très relativement urbain et de tradition industrielle.

Au nord et au nord est, les vallées isolées des gorges du Lot ou de la Truyère et de l'Aubrac abritent des populations dispersées, segmentées et isolées. Millau et Saint-Affrique au sud-est sont deux petites villes au cœur d'une zone de causses quasi désertiques.

L'Aveyron se distingue par son implication pionnière dans le dépistage du cancer du sein. Le département a soutenu dès 2001, des campagnes de dépistage, alors que Midi-Pyrénées ne commençait à généraliser ce type d'action qu'à partir de 2003 ou 2004. Les campagnes de surveillance se renouvèlent tous les 2 ans. Deux cycles et demi ont été réalisés à ce jour.

La structure de gestion actuelle, installée à Rodez, procède à l'invitation des 45 000 femmes âgées de 50 à 74 ans, concernées par le passage d'une mammographie. L'Aveyron conduit ces campagnes de dépistage à l'aide d'un « mammobile » -appareil de radiographie installé dans un semi remorque- qui parcourt les territoires isolés, que ce soit sur le plan géographique ou social. Ailleurs, les radiologues libéraux reçoivent dans leur cabinet les patientes, qu'elles se présentent de manière spontanée ou à la suite d'une invitation.

3. Les premiers résultats

Les données communiquées par la structure de gestion de l'Aveyron dans le but de cette étude, comportent des données individuelles à la fois comportementales, spatiales et temporelles : elles concernent les femmes auxquelles ont été adressés des courriers les invitant à passer une mammographie. Les items renseignés sont les suivants :

- La commune de domicile.
- La date d'invitation et celle éventuelle de relance (de 2001 à 2006).

- La date du retour d'information.
- La notion de refus de participation.
- Le fait qu'une mammographie ait été réalisée depuis moins d'un an.

Les mêmes informations s'égrènent près de 100 000 fois, pour chacune des invitations adressées depuis 5 ans, éventuellement à plusieurs reprises.

Dans cette première approche et à ce stade, les données ne comportent pas l'âge ni l'indication de la catégorie socio-professionnelle des femmes concernées. Les mammographies passées spontanément, connues au niveau des caisses d'assurance maladie, ne sont pas non plus documentées ici.

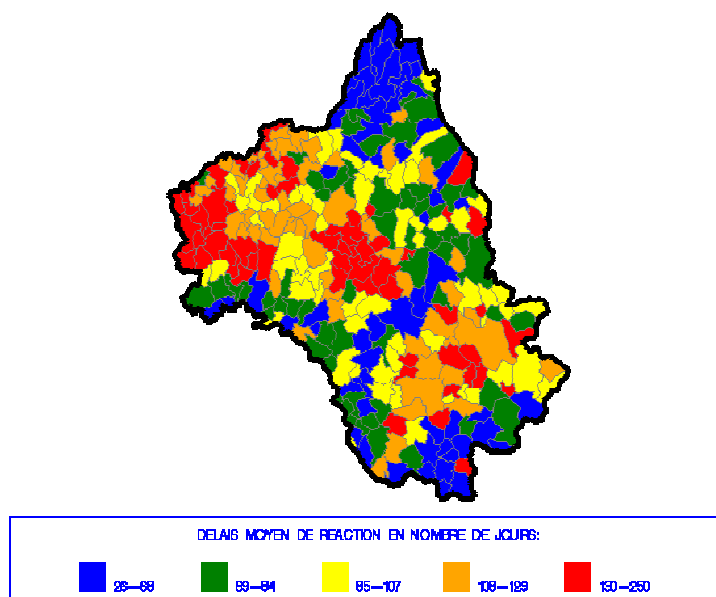
Cartographie

Nous nous intéressons dans un premier temps au taux d'adhésion ou de résistance au passage de l'examen et au temps écoulé entre une incitation et la première manifestation de la femme, indice que l'on considèrera comme représentatifs d'une prise en considération de sa propre santé. « Répondre » s'entend ici comme : demander par courrier ou téléphoniquement, auprès de la structure de gestion, des informations complémentaires, prendre rendez-vous avec son radiologue ou son généraliste, passer la mammographie, indiquer que l'on est atteint déjà d'un cancer ou d'une autre pathologie etc. Nous considèrerons ces démarches comme caractéristiques d'un comportement « positif » : « ne pas rester indifférente à l'invitation reçue, considérer sa santé comme un élément à prendre au sérieux ».

Délais moyen de réaction

Les valeurs sont des moyennes calculées sur les 5 années de campagne et près de 100 000 invitations. Le territoire se découpe de manière immédiatement contrastée, notamment au nord du département. Il présente une nette opposition entre rural et voisinage urbain. La capacité à s'impliquer rapidement dans la prise en compte de sa santé n'est pas également répartie sur le département.

Le territoire se fragmente cependant en zones particulièrement homogènes, indiquant une potentialité de lien entre géographie et comportements.



Le nord du département, au-delà des gorges du Lot, l'est, autour de Séverac, le sud, en dessous de Millau et Saint-Affrique, la frontière ouest avec le département du Tarn, présentent

des durées relativement courtes, de l'ordre du mois, avant que les femmes ne répondent au courrier les ayant invitées à subir une mammographie.

Ces zones qui présentent une forte capacité à prendre rapidement en compte une proposition de subir un acte de prévention sont les plus isolées et les moins denses du département.

Elles ont bénéficié d'un accompagnement destiné à sensibiliser les habitantes. De surcroît, le mammobile s'est déplacé pour aller au devant des femmes y résidant.

Ou bien, ces territoires sont plus sensibles que les autres aux actions de sensibilisation et au déplacement de l'appareil de radiographie, ou bien les populations correspondantes sont douées d'une forte culture sur la protection de leur santé.

Faible densité de population, isolement et enclavement apparaîtraient donc associés à des individus prêts à mieux considérer leur santé ou leur qualité de vie.

À l'opposé, Rodez, Millau, Saint-Affrique, Villefranche de Rouergue, Decazeville, se comportent d'une manière diamétralement opposée. Trois mois au moins sont nécessaires en moyenne pour que les femmes réagissent au courrier reçu. Paradoxalement, alors que nous aurions pu imaginer que les populations les plus concentrées dans les zones urbaines étaient les mieux à même de présenter des comportements de prévention plus développés nous observons absolument le contraire.

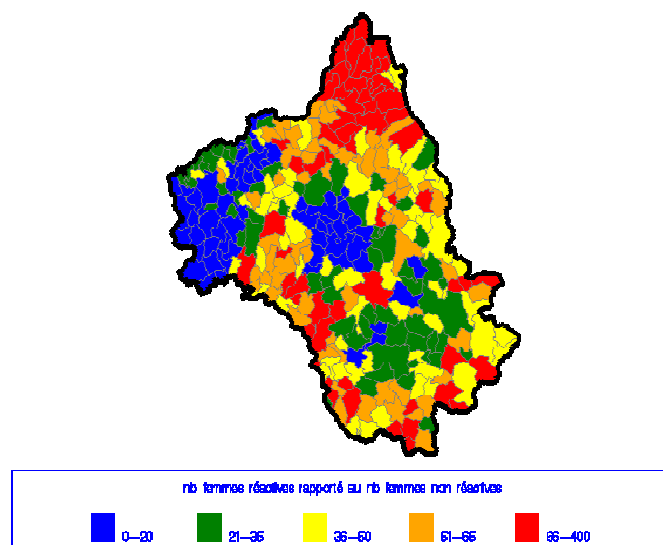
Nous savons que l'existence du mammobile parcourant les territoires ruraux de l'Aveyron a attisé une compétition délétère avec les radiologues de ville. Le contraste serait dû ainsi non pas au comportement des individus mais peut-être d'abord à celui de leurs médecins.

Taux de réponse pour 100 invitations (avant 3 mois)

Les couleurs sont inversées par rapport à la carte des durées de réaction précédente. Ceci confirme logiquement que là où l'on se presse pour répondre aux invitations, on obtient aussi un fort un taux de participation. Les zones de Rodez, Villefranche, Decazeville, et dans une moindre mesure Millau et Saint-Affrique peinent à adhérer en masse au dépistage organisé.

CARTE DU NOMBRE DES « RÉPONDANTES » RAPPORTÉ AU NOMBRE DES « NON RÉPONDANTES » :
NOMBRE DE FEMMES RÉACTIVES RAPPORTÉ AUX NON RÉACTIVES AVANT 3 MOIS, MOYENNE SUR
LES 5 ANNÉES ET POUR CHACUNE DES ANNÉES DE 2002 À 2006 :

Total de 2001 à 2006 :

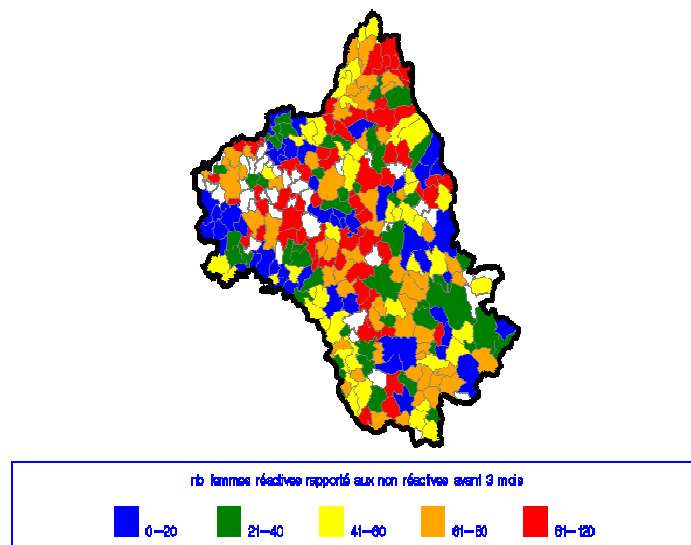


Cette carte est semblable aux précédentes. Le département apparaît polarisé de manière caricaturale. Le nord au dessus des gorges du Lot est extrêmement réactif, comme les zones rurales intermédiaires qui participent de manière importante. Villefranche, Decazeville, Rodez et à moindre mesure Millau et Saint-Affrique sont de faibles répondants.

Les aptitudes à prendre sa santé « au sérieux » semblent d'emblée être restreintes géographiquement.

Les cartes suivantes reprennent les mêmes statistiques, année par année, selon chacune des 5 années de campagnes, afin de mesurer les différents ajustements qui ont conduit au fil du temps à cette réalité.

2002 :

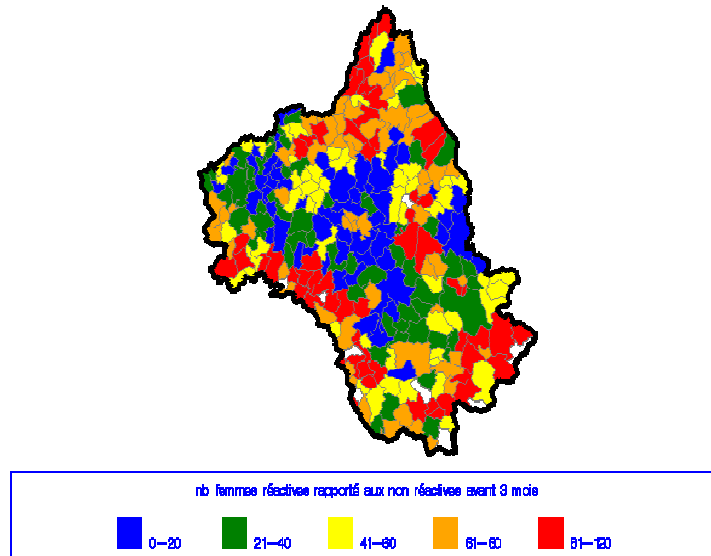


Nous nous situons ici au tout début des campagnes de dépistage. En 2002, le processus effectuant sa montée en charge, toutes les communes n'ont pas été couvertes (apparaissant en blanc).

Le nord du département au dessus des gorges du Lot apparaît réactif aux invitations qui lui sont faites. Ce phénomène semble récurrent par rapport aux cartes établies sur les 5 années de campagne. Il indique qu'il existe peut-être là une culture favorable à une meilleure prise en compte de sa propre santé chez les habitants de vallées isolées où la qualité de vie est différente de celle des pôles concentrés.

Quelques communes situées au sud de Rodez sont elles aussi fortement réactives. Ce phénomène est en contradiction totale avec ce qui sera observé plus tard. Les populations proches du pôle urbain pourraient se lasser rapidement des invitations qui leurs sont faites. La concurrence entre « médecins des villes » et « médecins des champs » (mammobile) n'a peut être pas encore eu le temps de se structurer. Le rôle du médecin en zone urbaine serait peut être un déterminant essentiel du comportement final des populations.

2003 :



La deuxième année donne déjà l'image de ce que seront les capacités du département à adhérer aux campagnes de prévention.

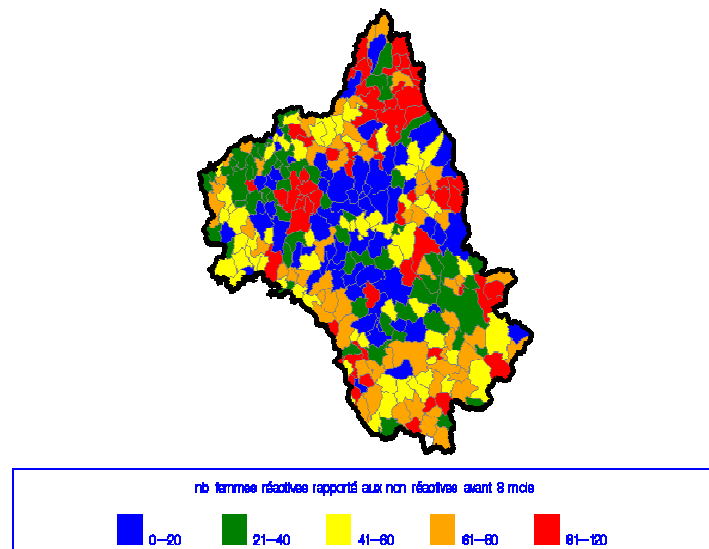
En dehors de Rodez même, toute la périphérie du chef lieu semble déjà s'emmurer dans un refus de participation. La concurrence entre médecins (ville-campagne) est probablement exacerbée dans ces communes, à l'interface de l'urbain et du rural.

Le nord du département continue à être réceptif. L'enclavement et la qualité de vie semblant aller de pair avec des comportements en avance sur leur temps ?

Villefranche, Decazeville, Millau et Saint-Affrique semblent s'engager aussi dans le refus, avec peut-être un léger décalage par rapport au pôle le plus urbanisé. La ville de Rodez semble se situer dans une situation intermédiaire moyenne.

Les comportements seraient encore fortement conditionnés par ceux des médecins eux-mêmes et la concurrence qui règne entre eux, en zone « péri-urbaine » aveyronnaise. L'effet serait très faible en zone enclavée et intermédiaire à Rodez même. Les populations « réceptives » pourraient être les plus isolées en termes géographique et social : on prendrait d'autant mieux au sérieux sa santé que l'on se situerait à distance notamment des médecins !

2004 :



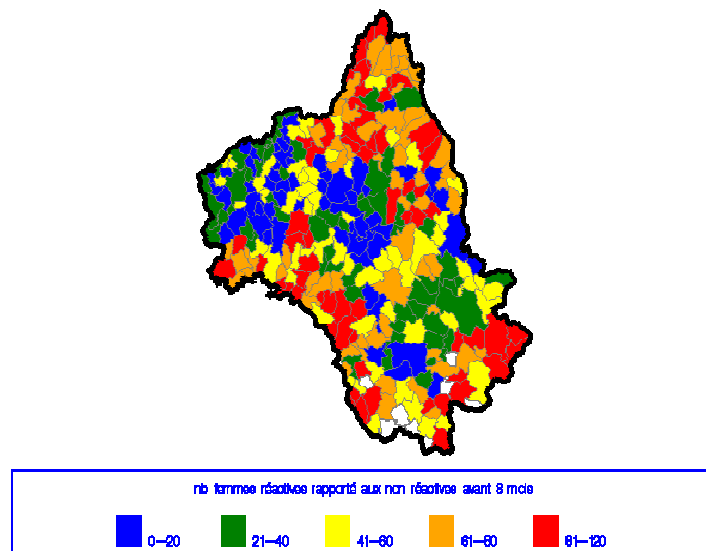
La troisième année correspond au démarrage de la seconde campagne, chacune d'entre elles s'étalant sur 2 ans. Les constantes du département se retrouvent ici : nord réactif, zones urbaines peu répondantes. Le bilan de la première campagne 2002-2003 ayant été réalisé et certaines actions d'accompagnement ayant été développées pour sensibiliser les femmes, certains territoires font exception.

Par exemple, une zone qui était réfractaire, située entre Villefranche, Decazeville et Rodez apparaît particulièrement réactive en 2004. Millau et Saint-Affrique présentent un comportement nettement plus « favorable ».

Les populations sous influence des pôles urbains, et soumis à la concurrence entre médecins peuvent donc être aisément (re)convaincues, dans la mesure où un fort investissement visant à les (re)sensibiliser est réalisé.

Il semble que cette « récupération » ne soit pas possible à courte distance des pôles urbains, même à l'échelle de l'Aveyron, l'influence des médecins sur les comportements demeurant extrêmement puissante.

2005 :



Au bout de 4 ans, les comportements se sont relativement stabilisés selon une logique continue de fragmentation et d'homogénéisation. Le département conserve sa polarisation et ses territoires en opposition.

Le temps passé permet de mesurer dans quelle direction les potentialités des populations pourraient se fixer définitivement, même si des modifications marginales restent possibles.

À l'issue de cette première approche, nous pouvons proposer de segmenter l'Aveyron selon 4 catégories de territoires :

- Les zones rurales et enclavées dans lesquelles les femmes présentent des comportements associés à une forte prise en compte de leur santé.
- Les zones intermédiaires relativement hors de portée des centres urbains et dans lesquelles il peut être efficace de développer des actions de sensibilisation.
- Les zones périurbaines dans lesquelles l'effet de la concurrence entre médecins peut nuire à la capacité des populations à prendre elles mêmes en main leur propre santé.
- Le cœur des pôles urbains, au niveau desquels le résultat est mitigé du fait peut-être du croisement de logiques de concentrations et de situations complexes et sociales.

Ces comportements peuvent être rapprochés de la notion de « militantisme », de « déprolétarianisation », d'« embourgeoisement », voire d'« intellectualisation » que présentent plusieurs zones.

De multiples interrogations restent à approfondir :

- existe-t-il des populations différentes (outre des territoires) chez lesquelles les comportements de prévention sont plus développés que chez d'autres ?
- peut-on mettre en évidence un lien entre prévention et baisse de la morbidité ?
- quelle est l'évolution longitudinale et la nature de ce suivi ?
- quel est le niveau du dépistage individuel ?
- quelle serait l'efficacité à long terme de la prévention ?
- observe-t-on le comportement des femmes ou celui des médecins ?

4. Conclusion

Trois types de populations semblent exister :

- les femmes dont le choix personnel n'a pas besoin d'être éclairé et qui bénéficient préférentiellement d'un dépistage individuel ;
- les femmes qui refusent de participer au dépistage de masse ;
- celles que l'accompagnement a conduit à accepter.

Le département de l'Aveyron a **amplifié** par sa politique le contraste entre urbain et rural et rendu très contrastés les résultats nuancés auxquels nous croyions nous attendre. Les « radiologues des champs » (le mammobile qui parcourt les zones rurales) sont en compétition et en opposition avec les radiologues des villes. Ceci est le signe de la sensibilité des cultures d'aujourd'hui et de l'efficacité potentielle des politiques d'accompagnement.