

La sfida della pertinenza degli screenings dei cancri ginecologici in Francia: un sistema inarticolato e ineguale

Géraldine BLOY Sociologa

LEDi UMR CNRS 6307, Université de Bourgogne, Dijon, France

Laurent RIGAL Medico di famiglia, Epidemiologo

Département de Médecine générale, Université Paris Saclay, Paris,
France - CESP Inserm U1018, Villejuif, France

Le défi de la pertinence des dépistages des cancers gynécologiques en France : un système non articulé et inégalitaire

Introduzione

- Importanti disuguaglianze sociali nella salute in Francia...
- ...nonostante un sistema nazionale di assicurazione sanitaria che offre accesso universale e cure gratuite alle persone svantaggiate
- È stato generalmente considerato che, in Francia:
 - Disuguaglianze sociali nella salute derivano dalle disuguaglianze socio-economiche nella società
 - Il contributo del sistema sanitario a queste disuguaglianze è limitato: la presa in carico può differire, ma solo di poco, secondo lo status sociale
- Un contro-esempio a questa tesi potrebbe essere il caso dello screening dei tumori ginecologici

Disuguaglianze sociali nello screening dei tumori ginecologici

- Screening dei tumori ginecologici raccomandato per:
 - Cancro del collo dell'utero: tramite pap test (55% delle donne aggiornate)
 - Cancro al seno: tramite mammografia (60% - finora controverso)
- Entrambi i cancri sono noti per essere socialmente differenziati a svantaggio dei livelli più bassi della gerarchia sociale (gradienti sociali nelle diverse fasi della malattia)
- Abbiamo condotto due studi sulle pratiche preventive dei medici di famiglia francesi: PrevQuanti e PrevQuali
 - Alla ricerca di potenziali disuguaglianze sociali nelle cure preventive erogate dai medici di famiglia
 - Attraverso riferimenti incrociati di epidemiologia e sociologia per capire la formazione delle disuguaglianze sociali

PrevQuanti / PrevQuali

- PrevQuanti: un'indagine epidemiologica trasversale
 - 52 medici (formatori) volontari
 - Per ogni medico, 70 pazienti (35 uomini e 35 donne) – età: 40-74 anni - selezionati a caso (n=3600)
 - Informazioni sulle cure preventive (screening dei tumori, fumo, alcol, rischio cardiovascolare): raccolte separatamente nei questionari dei pazienti e nelle cartelle cliniche dei medici
 - Tassi di partecipazione elevati
 - Modelli logistici misti con random-intercept
- PrevQuali: un'indagine sociologica qualitativa
 - Comprensiva
 - 99 interviste semi-strutturate con medici di famiglia sulle cure preventive
 - Prospettiva « Grounded theory »

Gradienti misurati nello screening da PrevQuanti: In ritardo

Cancro del collo dell'utero

Occupazione	Top	Gradiente sociale			Bottom
In ritardo (versus aggiornate)	1 (p=0.0003)	1.64 [1.07-2.52]	2.04 [1.36-3.07]	4.63 [1.91-11.22]	

Cancro al seno

Occupazione	Top	Gradiente sociale			Bottom
In ritardo (versus aggiornate)	1 (p=0.07/ p _{trend} =0.01)	1.40 [0.84-2.33]	1.69 [1.03-2.77]	2.90 [1.13-7.48]	

Attori incaricati degli screenings

- 3 tipi di attori erano coinvolti nella prescrizione e/o esecuzione degli screenings:
 - I ginecologi « médicaux »: specialisti in ginecologia distinti dai ginecologi « obstétriciens-chirurgiens » (più prestigiosi) specifici per la Francia (70% di loro sono donne)
 - Il programma di screening organizzato: esisteva solo per il cancro al seno
 - I medici di famiglia
- Chi fa lo screening di chi?

Ultimo prescrittore dello screening

Cancro del collo dell'utero

Occupazione	Top	Gradiente sociale			Bottom
Medico di famiglia (versus ginecologo)	1 (p=0.004)	0.98 [0.54-1.78]	2.42 [1.42-4.10]	2.15 [0.57-8.21]	

Cancro al seno

Occupazione	Top	Gradiente sociale inverso			Bottom
Ginecologo (versus medico di famiglia o programma di screening)	1 (p=0.0002)	0.63 [0.42-0.96]	0.48 [0.32-0.73]	0.17 [0.06-0.45]	

Occupazione	Top	Gradiente sociale limitato			Bottom
Medico di famiglia (versus ginecologo o programma di screening)	1 (p=0.6/ p _{trend} =0.16)	1.20 [0.69-2.11]	1.39 [0.81-2.39]	1.78 [0.64-4.98]	

Occupazione	Top	Gradiente sociale			Bottom
Programma di screening (versus ginecologo o medico di famiglia)	1 (p=0.002)	1.57 [0.98-2.51]	2.04 [1.29-3.22]	4.24 [1.78-10.07]	

Divisione dei compiti fallita?

- Gradienti sociali facilmente riferibili al sistema degli attori incaricati dello screening
- Divisione implicita dei compiti ma scarso coordinamento: non ottimale, soprattutto per le donne svantaggiate

Come siamo arrivati a questo punto?

Il contributo di PrevQuali

- Mentre i medici di famiglia, in teoria, dovrebbero:
 - essere globalmente incaricati delle cure preventive per le loro pazienti
 - coordinare il lavoro dei diversi professionisti della salute
 - lavorare nell' ambito del programma di screening organizzato (cancro al seno)
- Osserviamo in PrevQuali:
 - disomogenea volontà/capacità di praticare la ginecologia preventiva
 - assenza di comunicazione tra medici di famiglia e ginecologi
 - coinvolgimento limitato nel programma poichè medici di famiglia ritengono che possono lasciar fare al programma
- Ragioni storiche e sistematiche:
 - scarso training e/o perdita di competenze nel campo della ginecologia
 - visite ginecologiche: una situazione delicata (per le donne e i medici) nella consultazione del medico di famiglia
 - marginalizzazione progressiva dei medici di famiglia per le cure ginecologiche tra le classi alte e medie
 - medici privati non pro-attivi nel programma di screening organizzato (motivi culturali)

Come siamo arrivati a questo punto?

La ginecologia “médicale” e la sua regolazione

- Ginecologi “médicaux”: il riferimento per le donne istruite (quasi parte del tipo di socializzazione femminile francese + per chi può permetterselo...)
- Nonostante:
 - tendenza a fare più controlli del necessario (frequenza e inizio dello screening in eccesso a quelli raccomandati dalle linee guida)
 - onerari spesso superiori al livello convenzionale rimborsato
 - rifiuto frequente delle pazienti svantaggiate (illegale)
- Sfondo politico e fallimento della regolazione pubblica:
 - 60s-70s: “Il/la Dottore/ssa preferito/a dalla donna”? una specialità storicamente legata al movimento per i diritti delle donne, poco criticata fino a poco tempo fa in Francia
 - le autorità sanitarie hanno perso diverse opportunità di regolazione: le loro esitazioni per conservare o meno la specialità di ginecologia “médicale” hanno portato a una scarsità di ginecologi (con conseguenze sugli onorari e appuntamenti disponibili) senza preparazione dei medici di famiglia nell’assumere la responsabilità di questi screenings

Per concludere

- Questo caso dimostra un contributo delle disposizioni del sistema sanitario nella produzione delle disuguaglianze sociali nella salute
- Incrociare metodi e discipline nello stesso caso di studio permette analisi più sistematiche e contestualizzate nell'ambito complesso delle disuguaglianze sociali nella salute
- Aggiornamento:
 - programma di screening organizzato per il cancro del collo dell'utero – più egualitario?
 - nuovo contributo delle ostetriche allo screening del collo dell'utero
 - denuncia di trattamenti inadatti (sessisti, irrispettosi, brutali...) nei confronti delle donne da parte di parecchi ginecologi/ghe, che potrebbe influire sulla fiducia delle pazienti

Grazie!

geraldine.bloy@u-bourgogne.fr

laurent.rigal@universite-paris-saclay.fr

- Bloy G., Rigal L., « En quête de pertinence et d'égalité ? Quand les prescriptions des dépistages des cancers gynécologiques s'emmêlent », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 3, 2019, p. 11-33.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-3-page-11.htm>

- Bloy G., Adhéra N., Rigal L., « Quand des médecins libéraux participent à une politique publique sans toujours s'y impliquer : les généralistes et le dépistage organisé des cancers » in Meidani A., Legrand E. et Jacques B. (dir.), *La santé : du public à l'intime*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2015, p. 123-139.

Funding: URML Ile-de-France, GRSP Ile-de-France, Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, Institut La Personne en Médecine (Université de Paris), FRA/Fondation de France

Conflict of interest: none declared