



# La place des médecins libéraux dans le dépistage du cancer du sein

- VOLET 1 -

## LES FILIERES D'ACCES A LA MAMMOGRAPHIE EN RHONE-ALPES

Etude réalisée par



mars 2002



Avec le concours de la  
Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales Rhône-Alpes

**La place des médecins libéraux  
dans le dépistage du cancer du sein**

**- VOLET 1 -**

**LES FILIERES D'ACCES A LA MAMMOGRAPHIE EN RHONE-ALPES**

*Réalisation de l'étude :*

**Delphine GRUAZ**, Chargée d'Etudes

**Docteur Denis FONTAINE**, Médecin Directeur d'Etudes

*Direction de la publication :*

**Docteur Olivier GUYE**

**Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes**

Espace Régional de Santé Publique - 9, quai Jean Moulin 69001 LYON

Tél : 04 72 07 46 20 - Fax : 04 72 07 46 21 - Email : [courrier@ors-rhone-alpes.org](mailto:courrier@ors-rhone-alpes.org)

site : [www.ors-rhone-alpes.org](http://www.ors-rhone-alpes.org)

## REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier tous les radiologues et les manipulateurs radio qui ont participé à l'enquête, ainsi que tous ceux qui ont contribué à ce travail :

- Dr ANNINO, Médecin inspecteur régional adjoint DRASS R.A.
- Mr DORME, Directeur de l'URCAM
- Mr de ANGELIS, URCAM
- Dr REY, CRAM
- Dr FORTERRE, CRAM
- Dr CONVERS, Médecin coordonnateur « Vivre », Loire
- Mme GARNIER, Médecin coordonnateur ODLC, Isère
- Dr GORMAND, Président Ademas, Rhône
- Dr TERMANIAN, Clinique Emilie de Vialar

Les élus de l'UPML-RA, membres de la commission :

- Dr ATAYI, vice présidente du Collège des généralistes
- Dr CARTIER
- Dr CATON, Président
- Dr DEGRYSE
- Dr DERRIEN
- Dr FRANCOIS
- Dr LABORIER
- Dr OLAYA, Président du Collège des Généralistes et Chef de Projet
- Dr PUECH
- Dr ROMESTAING, président du Collège des Spécialistes
- Dr ROUGIER, Secrétaire Général

Mme Anne Marie LOUVET, attachée de direction  
Le secrétariat et le service de documentation de l'UPML

## **PREAMBULE**

Dans une communication à l'Académie nationale de médecine en 1998, le Pr Maurice Tubiana soulignait : « *la quasi totalité des décès provoqués par les cancers du sein est due aux métastases. (...) l'existence d'une relation entre la taille de la tumeur et la probabilité de dissémination métastatique permet de calculer combien de disséminations pourraient être évitées par un diagnostic plus précoce donc de calculer le gain en vies humaines qui peut être espéré du dépistage* »

Ces observations justifient que la France comme de nombreux pays se soit engagée sur la voie du dépistage généralisé du cancer du sein.

Les expériences conduites dans quelques départements dont trois de notre région confirment l'intérêt de cette démarche mais aussi les conditions nécessaires à la meilleure rentabilité possible du dépistage. Ainsi, au moment où l'on généralise à l'ensemble du territoire et pour la première fois une méthode de réduction de mortalité par cancer, basée sur le dépistage systématique, les enjeux sont considérables pour tous les acteurs de santé.

L'UPML Rhône Alpes ne pouvait donc être un observateur passif d'un projet de santé publique d'une telle envergure dont le succès ne peut que conditionner la mise en place d'autres programmes similaires.

Le dépistage individuel et personnalisé connaît des limites. Une partie importante de la population n'y accède pas ou n'y adhère pas pour des raisons multiples. Il est important de savoir, à moyen terme, si les dispositifs de généralisation de ce dépistage ont interpellé positivement la population récalcitrante ou indifférente à cette action.

Des études, sur certains sites expérimentaux, ont mis en évidence les difficultés matérielles et humaines d'un dépistage généralisé. Dans cette période de mise en place, l'évaluation des freins techniques et psychologiques dans la pratique quotidienne des médecins généralistes et gynécologues, premiers contacts avec la populations concernée, est de la plus grande importance. Cette évaluation permettra aux acteurs régionaux de santé publique et à l'UPML-RA, de proposer les adaptations du dispositif et de conduire les actions de formation, d'information, d'incitation utiles.

## **MOTIVATIONS DE L'ENQUETE**

Le cahier des charges organisationnel du dépistage et les missions de l'Union Professionnelle nous imposent de conduire cette réflexion.

*Le programme de dépistage des cancers doit reposer sur la formation, l'organisation et l'assurance de qualité. Il doit veiller à optimiser la qualité de l'acte de dépistage et de la restitution des résultats, en particulier pour :*

- *réduire les faux positifs, responsables d'examen complémentaires et d'angoisses inutiles*
- *réduire les faux négatifs qui retardent le diagnostic précoce*
- *éviter un traitement inadéquat ou retardé, et la non prise en charge des anomalies dépistées (personnes perdues de vue),*
- *atténuer les répercussions psychologiques du dépistage*
- *tirer le plus grand bénéfice possible du contrôle de qualité des installations et de la formation des intervenants,*
- *évaluer de manière continue le déroulement, l'efficacité et les résultats du programme, y compris les effets secondaires et les coûts, pour introduire rapidement les correctifs nécessaires*

***Extrait organisation des programmes de dépistage des cancers  
Cahier des charges organisationnel avril 2001***

*Les Unions quant à elles, peuvent prendre les initiatives qu'elles jugent utiles dans les domaines suivants :*

- *analyses et études relatives au fonctionnement du système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie, ainsi qu'à l'évaluation des besoins médicaux,*
- *Evaluation des comportements et des pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins,*
- *Organisation et régulation du système de santé,*
- *Prévention et actions de santé publique,*
- *Coordination avec les autres professionnels de santé,*
- *Information et formation des médecins et des usagers.*

***Décret N° 93-1302 du 14 décembre 1993 – Article 8***

Un certain nombre d'études a été conduit particulièrement sur les sites expérimentant la généralisation du dépistage du cancer du sein. Ces études cherchaient à relever les résultats, difficultés et freins en fonction d'un contexte local et dans les conditions particulières au statut de site pilote.

Le projet proposé par l'UPML-RA s'attache dans un premier temps à préciser la structure sociologique de la population adhérant aujourd'hui au principe de dépistage qu'il soit *organisé* dans les trois départements, siège d'expériences en cours ou *individualisé* dans les cinq autres de Rhône Alpes. Ceci devrait permettre aux acteurs de santé publique de vérifier que la généralisation du dépistage permet bien d'atteindre les objectifs assignés

Freins et difficultés sont soulignés par les études existantes. Le projet proposé veut aller plus loin. Certes, il s'attachera à mettre en évidence les problèmes ou réticences ressentis tant de la part des médecins généralistes et gynécologues que de la part des femmes sollicitées pour le dépistage. Mais ce projet s'attachera également à préciser le contenu, la spécificité de l'acte médical de santé publique qui consiste à proposer, expliquer, restituer l'information aux patientes.

Notre volonté est de permettre à l'UPML-RA et aux acteurs régionaux de santé publique de concevoir et mettre en place les actions de formation des médecins, d'information des soignants et du public pour atteindre au mieux les objectifs que s'est fixé le principe du dépistage généralisé à l'ensemble d'une population.

Dr Emile OLAYA  
Président du Collège des médecins généralistes

## RESUME DE L'ETUDE

L'objectif de l'étude est de décrire les "filiales" actuelles d'accès à la mammographie en Rhône-Alpes, et les caractéristiques des femmes qui y accèdent. Cette étude se situe avant la généralisation du dépistage organisé du cancer du sein à tous les départements. Actuellement, seuls le Rhône, la Loire et l'Isère<sup>1</sup> disposent d'un programme expérimental.

Pour cela, une enquête en grappe a été réalisée en tirant au sort les structures de radiologie par département avec ou sans programme de dépistage organisé et selon le type de structure (cabinet libéral, hôpital public, établissement hospitalier privé).

76 structures de radiologie ont accepté de participer à l'étude et 70 ont participé en incluant 1362 patientes.

La population étudiée est celle des femmes de 50 à 74 ans résidant en Rhône-Alpes et venant faire une mammographie pendant la semaine du 3 au 8 décembre 2001 dans une des structures de radiologie sélectionnées, quel qu'en soit le motif.

Pour chaque femme, un court questionnaire anonyme a été rempli. Il renseignait sur son âge, sa profession, son lieu de résidence, le prescripteur de l'examen, le suivi de la patiente, et le caractère préventif ou diagnostique de la mammographie.

Globalement, le critère le plus discriminant dans l'accès à la mammographie pour les femmes de 50-74 ans est l'âge, la profession et la commune de résidence 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 de plus de 65 ans sont sous-représentées.

Les résultats pour le Rhône et la Loire indiquent qu'il y a coexistence à parts égales du dépistage individuel et du dépistage organisé, avec cependant quelques différences entre les patientes de ces deux systèmes. Les femmes de 50-54 et 70-74 ans sont plus nombreuses à venir sur prescription individuelle ; et l'activité préventive est de trois mammographies sur quatre parmi les prescriptions individuelles (contre 97% sur invitation d'un programme).

Les gynécologues prescrivent plus de mammographies que les généralistes dans les trois zones, alors qu'ils sont onze fois moins nombreux, ce qui suggère qu'ils jouent un rôle différent.

La mammographie est d'abord une activité du secteur privé, principalement des cabinets de radiologie libéraux.

Les hôpitaux publics ont une activité hebdomadaire plus faible. Cependant, ils sont plus attractifs pour les femmes venant faire une mammographie diagnostique dans le Rhône et la Loire. Dans les départements sans programme de dépistage organisé, ils sont plus attractifs pour les femmes résidant dans une commune rurale, celles âgées de 70-74 ans et celles dont la mammographie a été prescrite par le généraliste.

---

<sup>1</sup> En Isère, le dépistage organisé a été interrompu durant toute l'année 2001. Les données concernant ce département ont donc dû être traitées séparément de celles du Rhône et de la Loire.

# SOMMAIRE

<b>Résumé de l'étude</b>	1
<b>Sommaire</b>	2
<b>Introduction</b>	3
Contexte de l'étude	3
Objectif de l'étude	3
<b>I - Sujets et méthode</b>	4
Schéma d'étude	4
Critères d'inclusion	4
Critères d'exclusion	5
Taille de l'échantillon et modalités d'échantillonnage	5
Recueil de données	5
Analyse des données	7
<b>II - Résultats et discussion</b>	8
II - 1 Caractéristiques des femmes ayant effectué une mammographie	8
L'âge des patientes	9
La commune de résidence des patientes	10
Le profil socioprofessionnel des patientes	11
Le caractère préventif ou diagnostique de la mammographie	12
Le suivi des patientes par la mammographie	13
II - 2 Les filières de la mammographie	16
Le prescripteur de la mammographie	16
Les différences entre dépistage individuel et organisé	17
L'activité des structures de radiologie	19
Les différences de recrutement selon les secteurs	20
<b>Discussion générale et conclusion</b>	24
<b>Annexe : Questionnaire</b>	27

# INTRODUCTION

## Contexte de l'étude

En Rhône-Alpes, trois départements ont un **programme expérimental** de dépistage du cancer du sein (Rhône, Isère et plus récemment Loire) pour toutes les femmes de 50 à 69 ans (74 ans maintenant). Pour les cinq départements qui n'en ont pas, le dépistage se fait de façon individuelle à l'initiative des médecins traitants ou à celle des femmes.

Le Ministère de la santé a demandé à tous les départements français de **généraliser ce dépistage** dès la fin 2001, sur la base d'un cahier des charges actualisé par rapport à celui des programmes expérimentaux. Dans chaque département, un organisme gestionnaire doit être mis en place pour coordonner ce dépistage.

Obtenir la **participation** d'au moins 60% des femmes à chaque "campagne" est un **enjeu crucial** pour ces programmes afin d'être efficaces en terme de réduction de la mortalité par cancer du sein. Or, ce niveau de couverture n'est pas facile à atteindre car dans notre culture la prévention ne va pas de soi, et on ne répond pas facilement à une simple invitation par courrier.

Les dernières études régionales<sup>2</sup> ont mis en évidence **l'importance du médecin** généraliste ou gynécologue dans la prescription des mammographies de dépistage (dans la situation actuelle de dépistage individuel) et dans l'incitation à la participation (quand il y a un programme organisé).

Les médecins libéraux sont conscients de leur rôle central dans le dépistage. Ils s'inquiètent de ne pas être jusqu'à présent intégrés en tant que **partenaires** à la généralisation du dépistage. L'Union Professionnelle des Médecins Libéraux (UPML) Rhône-Alpes souhaite mettre en évidence l'importance des médecins libéraux en conduisant une étude sur les conditions d'accès au dépistage, le rôle et la place des médecins libéraux. Le premier volet de l'étude est une **"photographie"** des filières d'accès à la mammographie aujourd'hui en Rhône-Alpes : Qui prescrit la mammographie ? Qui sont les femmes qui l'utilisent ? C'est à ces questions que ce rapport cherche à répondre.

## Objectif

- Décrire les "filières" actuelles d'accès à la mammographie en Rhône-Alpes, et les caractéristiques des femmes qui y accèdent.

---

<sup>2</sup> Ferley JP., Rouvière F., Da Silva E. Etat des lieux régional préalable à la généralisation du dépistage des cancers. Rapport n°339. CAREPS, DRASS Rhône-Alpes, octobre 2001.

Fontaine D. Les facteurs d'adhésion et de résistance au dépistage du cancer du sein. Etude auprès des femmes de 50 à 74 ans consultant les centres d'exams de santé de Lyon et de Chambéry. ORS Rhône-Alpes, URCAM Rhône-Alpes, août 2001.

Sannino N., Sonko A. Opinion des médecins libéraux de Rhône-Alpes sur le dépistage organisé du cancer du sein. ORS Rhône-Alpes, URCAM Rhône-Alpes, juin 2001.



## I - SUJETS ET METHODE

### Schéma d'étude

Il s'agit d'une enquête en grappe.

Une double stratification est faite :

- par département, pour différencier ceux qui ont un programme expérimental de dépistage organisé du cancer du sein de ceux qui n'en ont pas
- par type de structure de radiologie (cabinet libéral, hôpital public, établissement hospitalier privé)

### Critères d'inclusion

La population étudiée est celle des femmes de 50 à 74 ans résidant en Rhône-Alpes et venant faire une mammographie pendant la semaine du 3 au 8 décembre 2001 dans une des structures de radiologie sélectionnées dans l'échantillon (*unité individuelle*).

Pour cela, l'ensemble des structures de radiologie avec mammographe de la région Rhône-Alpes a été recensé (*unité collective*).

Les structures de radiologie ont été obtenues à partir de la liste des médecins radiologues libéraux, des hôpitaux et des cliniques, sur la base du fichier ADELI de la DRASS, mis à jour par le CAREPS (le CAREPS a enlevé de cette base les médecins ne disposant pas d'un mammographe qui ont répondu lors de leur enquête, restent cependant ceux qui n'ont pas répondu et qui n'en possèdent peut-être pas).

L'exactitude et l'exhaustivité des données ont été vérifiées par croisement avec le fichier de l'UPML (pour les médecins libéraux) et avec le fichier France Télécom.

Le tableau 1 présente le nombre total de structures de radiologie de la base de sondage, par type de structure et par zone (départements avec ou sans programme de dépistage organisé).

Tableau 1 - Structures de radiologie dans la base de sondage

	Cabinets libéraux	Etablissements hospitaliers privés	Hôpitaux publics	Total
Départements sans programme de dépistage organisé (Ain, Ardèche, Drôme, Savoie, Haute-Savoie)	58	15	22	95
Départements avec programme de dépistage organisé (Loire, Rhône, Isère)	128	37	28	193
Total	186	52	50	288

## **Critères d'exclusion**

Aucune femme de la tranche d'âge concernée n'a été exclue de l'enquête, même si elle est venue pour une mammographie à but diagnostique ou dans les suites d'une maladie du sein.

Seules les femmes refusant de participer à l'étude ont été exclues de l'étude.

De même, les structures de radiologie avec mammographe refusant de participer à l'étude ont été exclues.

## **Taille de l'échantillon et modalités d'échantillonnage**

Il a été décidé d'inclure :

- 40 cabinets libéraux (20 dans les départements avec programme, 20 dans les autres)
- 20 centres hospitaliers (10 dans les départements avec programme, 10 dans les autres)
- 20 établissements hospitaliers privés (10 dans les départements avec programme, 10 dans les autres)

A partir de l'étude du CAREPS reprenant les chiffres de l'URCAM, le nombre moyen de mammographies effectuées pour des femmes de 50-69 ans par semaine a été estimé à 11. Nous comptons donc obtenir des données sur environ 880 femmes venant effectuer une mammographie au cours de la semaine d'étude.

L'échantillon a été constitué par un tirage au sort des structures de radiologie dans chaque strate (type de structure et département). En prévision des structures sans mammographe et des refus, ce sont 173 structures qui ont été tirées au sort.

Un courrier leur a été adressé pour présenter l'étude et annoncer une éventuelle sollicitation de la part de l'ORS pour y participer. Pour les structures relevant du secteur privé, le courrier de l'ORS était accompagné d'une lettre de l'UPML les incitant à participer.

Les responsables des structures ont alors été contactés par téléphone par ordre de tirage afin d'obtenir leur accord concernant leur participation à cette étude et estimer le nombre de questionnaires nécessaires.

76 structures ont donné leur accord pour participer à l'étude et 12 ont refusé ou n'ont pu être contactées malgré plusieurs tentatives. 21 ne disposaient pas de mammographe.

## **Recueil des données**

L'étude s'est déroulée la semaine du 3 au 8 décembre 2001.

Les questionnaires (*cf. annexe*) devaient être remplis soit par le manipulateur radio, soit par le médecin radiologue, pour chaque femme de plus de 50 ans résidant en Rhône-Alpes et venant faire une mammographie dans la structure de radiologie sélectionnée. En pratique, quelques radiologues ont donné les questionnaires aux femmes, ce qui a entraîné quelques réponses incomplètes.

Le questionnaire était anonyme pour chaque femme interrogée.

Les réponses des structures de radiologie ont été nominatives pour suivre les non-répondants, mais les fiches ont été anonymisées et ne permettent pas de remonter à leur identité à partir des questionnaires. Il s'agit donc de données non nominatives.

Après la semaine d'enquête, les non répondants ont été relancés. Au total, 6 structures n'ont pas répondu. Ce sont donc 70 structures qui ont participé à la semaine d'étude et qui ont renvoyé leurs questionnaires (92% de répondants).

Tableau 2 - Récapitulatif des structures de radiologie par strate

		Cabinets libéraux	Etablissements hospitaliers privés	Hôpitaux publics
Départements <b>sans</b> programme de dépistage organisé (Ain, Ardèche, Drôme, Savoie, Haute-Savoie)	nombre contactés / nombre total	23/58	15/15	15/22
	pas de mammographe	2	6	3
	refusent de participer	2	2	2
	acceptent de participer	19	7	10
	ont renvoyé les questionnaires	<b>17</b>	<b>5</b>	<b>9</b>
Départements <b>avec</b> programme de dépistage organisé (Isère, Loire, Rhône)	nombre contactés / nombre total	23/128	13/37	20/28
	pas de mammographe	1	2	7
	refusent de participer	2	1	3
	acceptent de participer	20	10	10
	ont renvoyé les questionnaires	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>9</b>

Tableau 3 - Répartition par département des structures de radiologie répondantes

		Cabinets libéraux	Etablissements hospitaliers privés	Hôpitaux publics
Départements <b>sans</b> programme de dépistage organisé	Ain	4	0	1
	Ardèche	0	2	3
	Drôme	6	1	3
	Savoie	2	1	2
	Haute-Savoie	5	1	0
	<i>Total</i>	<i>17</i>	<i>5</i>	<i>9</i>
Départements <b>avec</b> programme de dépistage organisé	Isère	7	2	2
	Loire	6	1	3
	Rhône	7	7	4
	<i>Total</i>	<i>20</i>	<i>10</i>	<i>9</i>

## **Analyse des données**

Les questionnaires ont été saisis par un organisme extérieur (double saisie vérifiée et contrôlée).

Les données ont fait l'objet d'une exploitation descriptive sous le logiciel Epi-Info en tenant compte de l'échantillonnage en grappe (programme CSAMPLE), puis d'une analyse comparative entre départements avec un programme ou non, et par type de structure (test du Khi2 et comparaison de moyennes).

L'analyse a porté sur :

1 - les caractéristiques des femmes participantes (âge, catégorie socioprofessionnelle-CSP, commune de résidence, mammographie de dépistage ou diagnostique, suivi régulier ou non par mammographie...).

Les données démographiques (âge, CSP) ont été comparées, par département, aux données INSEE du recensement général de la population 1999.

2 - les filières de la mammographie : les différents prescripteurs et le type de structure de radiologie.

Des croisements ont été effectués entre :

- le prescripteur et l'âge de la patiente, sa CSP, sa commune de résidence, le caractère préventif ou diagnostique de l'examen.
- le fait d'avoir déjà effectué ou non une mammographie précédemment, et le prescripteur, l'âge de la patiente, sa CSP, sa commune de résidence et le caractère préventif ou diagnostique de l'examen.
- le type de structure de radiologie et l'âge de la patiente, sa CSP, sa commune de résidence, le prescripteur de l'examen et le caractère préventif ou diagnostique de la mammographie.

## II - RESULTATS ET DISCUSSION

Au total, 70 structures de radiologie ont participé à l'étude et 1362 patientes sur 880 attendues ont répondu au questionnaire. Les refus ont été peu nombreux de la part des femmes (12 refus).

En Isère, le dépistage organisé a été interrompu durant toute l'année 2001. Les données concernant ce département ont donc dû être traitées séparément de celles du Rhône et de la Loire.

Le programme de dépistage organisé du Rhône a également été interrompu pendant une période au cours de l'année 2001, mais il a repris en septembre 2001. Cela n'a donc pas eu d'incidence particulière pour notre étude, sinon une activité légèrement supérieure à la normale.

Les patientes se répartissent ainsi entre les 3 zones :

Tableau 4 - Répartition des répondantes

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

\* données INSEE du recensement général de la population 1999

### II - 1 Caractéristiques des femmes ayant effectué une mammographie

## ➤ L'âge des patientes

A partir de l'échantillon global de 1362 femmes, il est possible de donner un aperçu descriptif des femmes de 50 à 74 ans qui font des mammographies en comparant leur répartition par **âge** à celle de toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans de chaque zone.

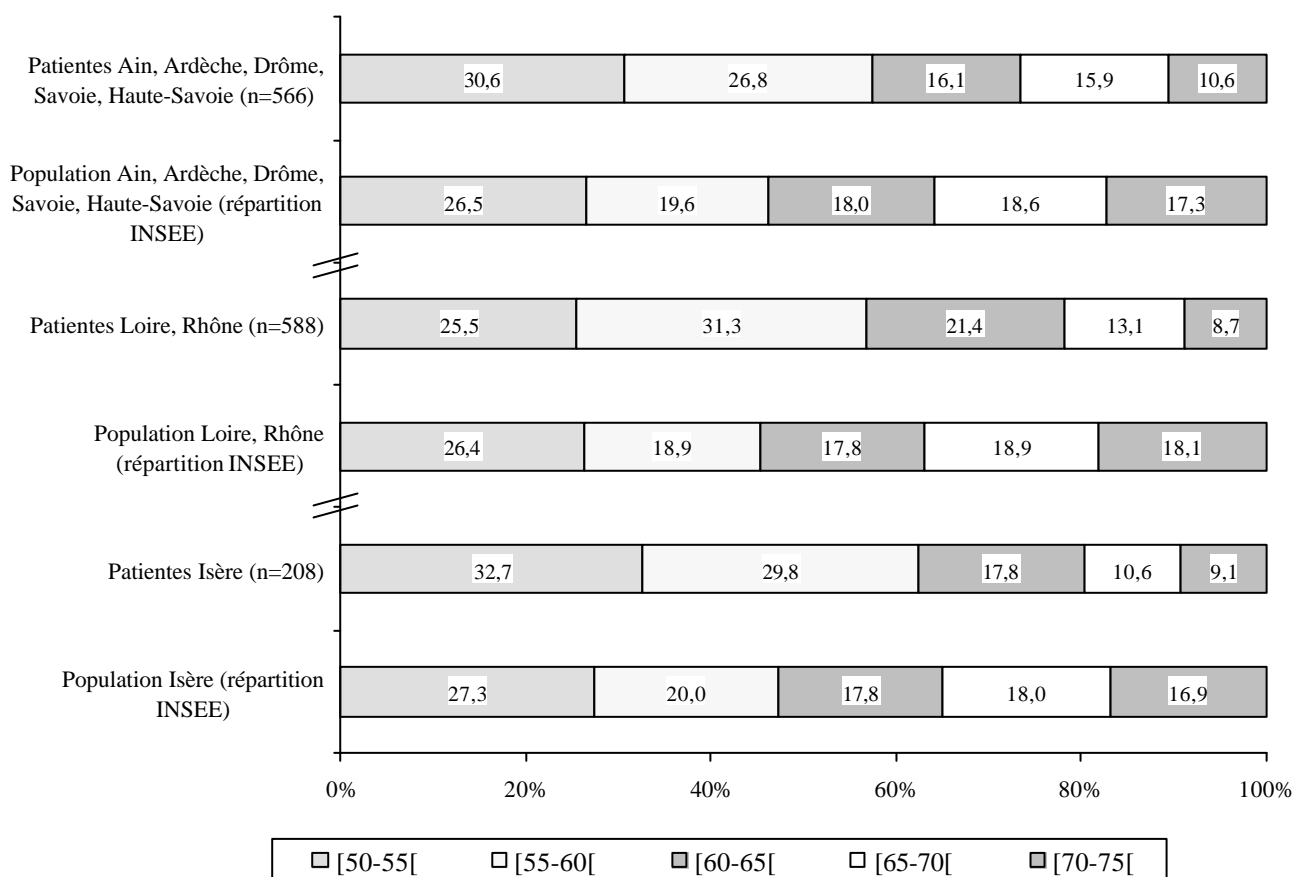
On constate que pour les départements avec programme organisé (Loire et Rhône) et avec programme interrompu (Isère), **les classes d'âge des plus de 65 ans sont sous-représentées tandis que celle des 55-59 ans est sur-représentée** (Graphique 1) :

- Dans la Loire et le Rhône, 13% des patientes ont 65-69 ans et 9% ont 70-74 ans, alors qu'elles représentent respectivement 19% et 18% des femmes de 50-74 ans de la Loire et du Rhône. Et 31% des patientes ont 55-59 ans contre 19% dans la population ( $p < 0,01$ ).

- En Isère, 11% des patientes ont 65-69 ans et 9% ont 70-74 ans, alors qu'elles représentent respectivement 18% et 17% des femmes de 50-74 ans de l'Isère ; et 30% des patientes ont 55-59 ans contre 20% dans la population ( $p = 0,02$ ).

**En revanche, dans les départements sans programme de dépistage organisé, la répartition par âge des patientes ne diffère pas significativement de celle de l'ensemble des femmes.**

Graphique 1 - Répartition des patientes par âge comparée à celle de la population

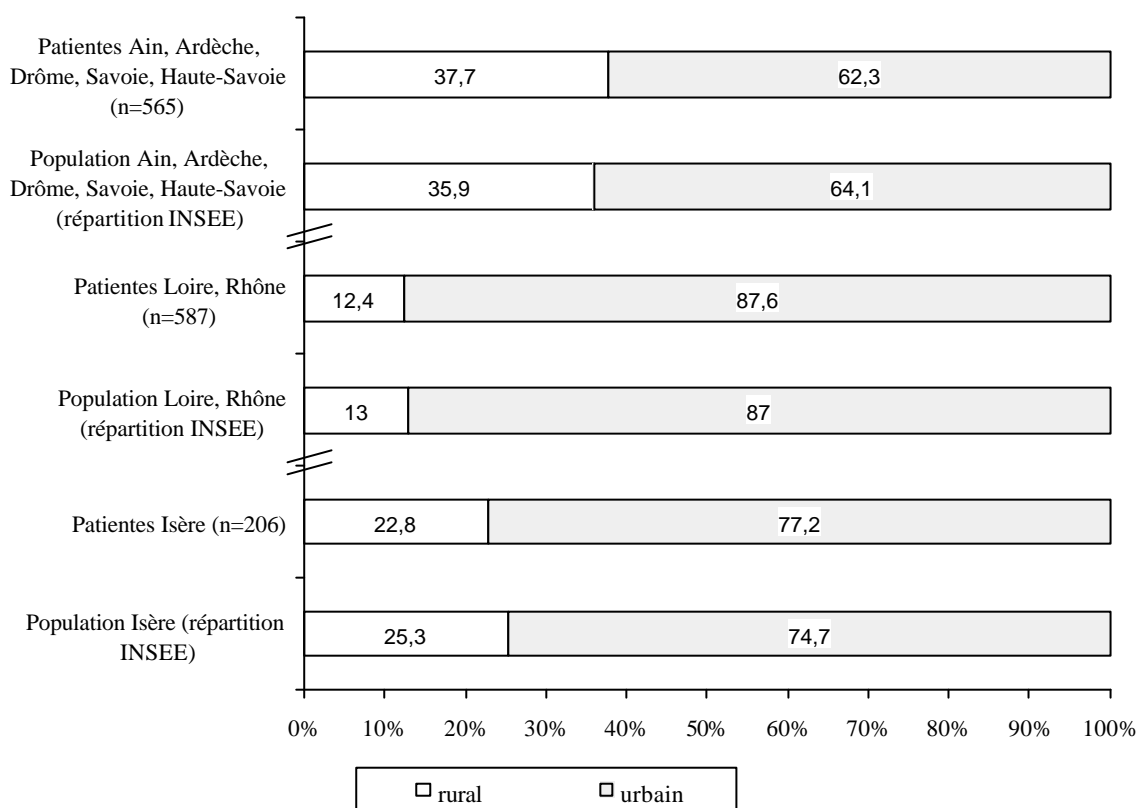


**Ces résultats soulèvent l'hypothèse d'une attractivité du programme de dépistage organisé pour les 55-59 ans contrairement aux plus de 65 ans.**

## ➤ La commune de résidence des patientes

La répartition par **commune de résidence** rurale ou urbaine<sup>3</sup> des patientes **ne diffère pas significativement** de celle de toutes les femmes de 50 à 74 ans de la zone correspondante, et ce pour les trois zones étudiées (*Graphique 2*).

Graphique 2 - Répartition des patientes par commune



Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que la région est globalement bien équipée en structures de radiologie avec mammographe, les habitantes des zones rurales ne semblent donc pas pénalisées, malgré l'offre peu homogène et parfois distante (étude CAREPS).

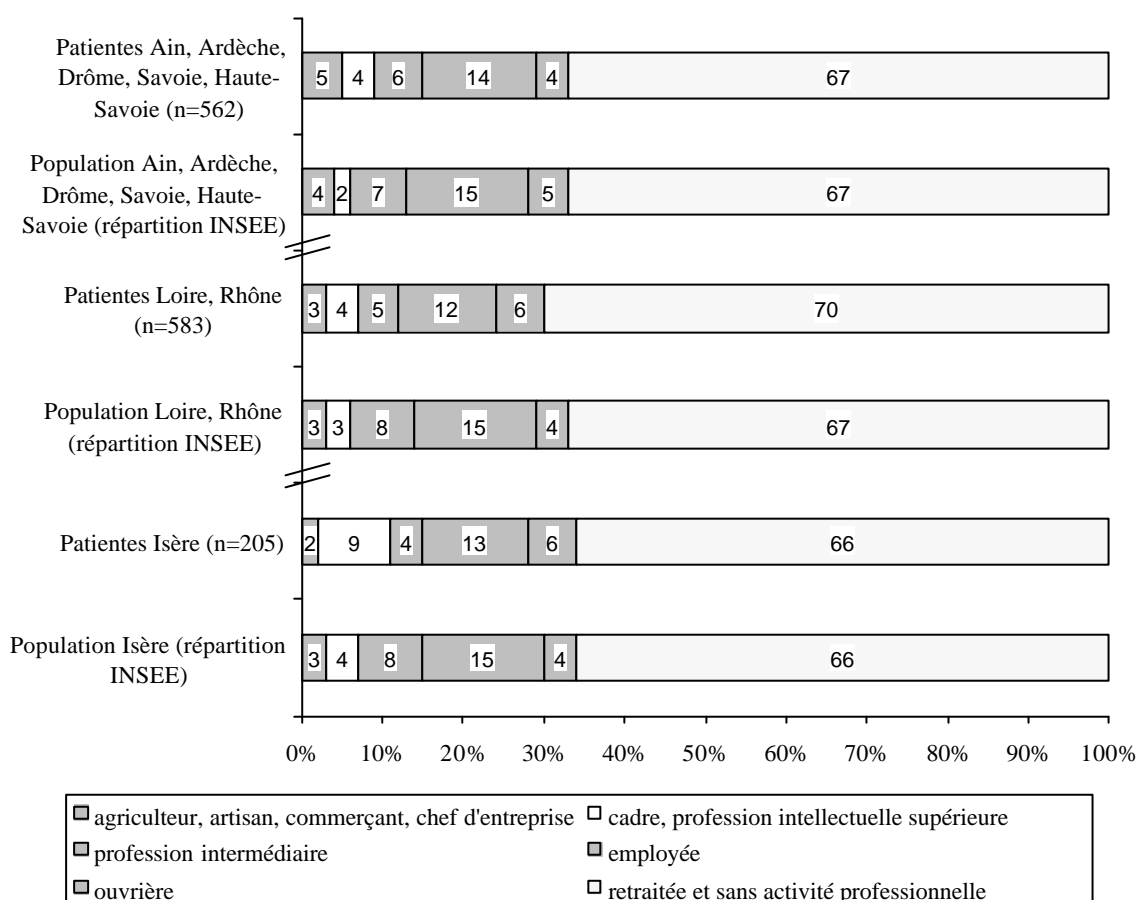
La facilité de déplacement des femmes pourrait également expliquer ces résultats.

<sup>3</sup> une commune urbaine a sur son territoire un ensemble d'habitations qui présentent entre elles une continuité et compte au moins 2000 habitants (*définition INSEE*).

## ➤ Le profil socioprofessionnel des patientes

Le **profil socioprofessionnel** des patientes a été comparé à celui de la population de chaque zone<sup>4</sup>. Cette analyse a été réalisée avec une pondération appliquée à chaque patiente pour éliminer la sur-représentation des 55-59 ans et la sous-représentation des plus de 65 ans dans l'échantillon. L'effet de l'âge ayant été supprimé, on ne constate **pas de différence significative** entre la répartition par catégorie socioprofessionnelle des patientes et celle de la population correspondante pour les trois zones (*Graphique 3*).

Graphique 3 - Répartition des patientes par profession



Ces résultats peuvent s'expliquer par un manque de puissance du fait des faibles effectifs car deux tiers des patientes sont des "inactives" (retraitées ou sans activité professionnelle). Ce groupe numériquement nombreux est très hétérogène puisque toutes les catégories socioprofessionnelles (CSP) s'y retrouvent à l'âge de la retraite.

Cette représentation sensiblement égale des différentes catégories socioprofessionnelles ne permet pas de conclure à une égalité d'accès à la mammographie entre les femmes car la CSP n'est pas un indicateur suffisant de la situation de précarité.

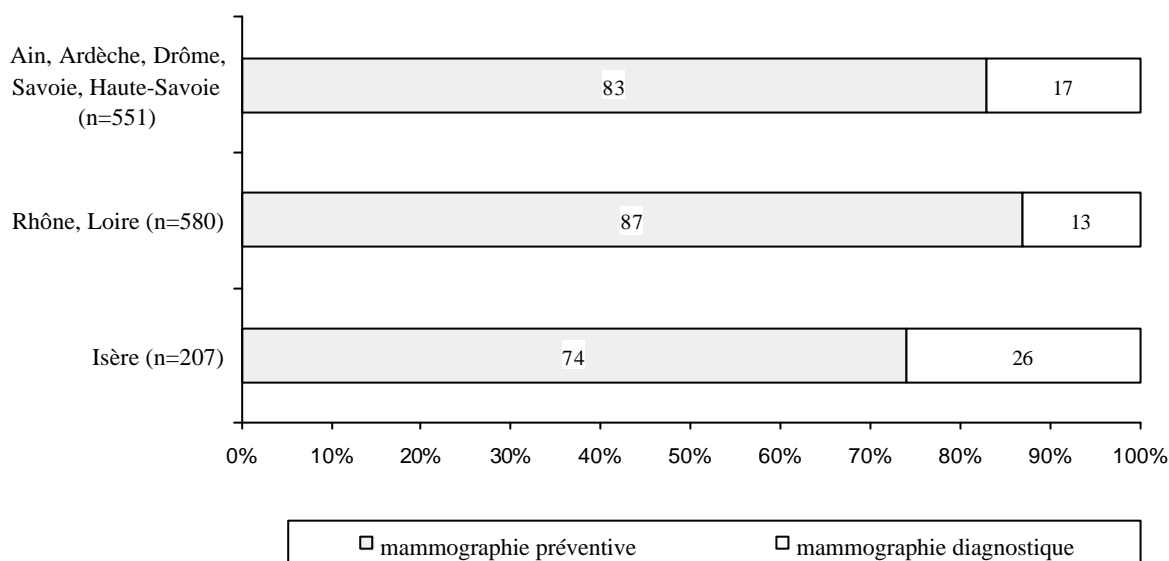
<sup>4</sup> les données INSEE sont agrégées pour les plus de 50 ans, il n'est donc pas possible de distinguer les retraitées et les inactives de plus de 75 ans. Ces deux catégories ont donc été regroupées et les plus de 75 ans ont été soustraites à la population de ces catégories.



### ➤ Le caractère préventif ou diagnostique de la mammographie

La proportion de femmes effectuant une **mammographie diagnostique** ("mammographie faite en réponse à un problème découvert à un sein") **diffère significativement** entre les trois zones avec, sans programme organisé ou avec programme interrompu ( $p < 0,05$ ) (*Graphique 4*).

*Graphique 4 - Répartition des patientes selon le caractère préventif ou diagnostique de l'examen*



Dans le département de l'Isère, le programme de dépistage organisé ayant été interrompu au cours de l'année 2001, cela peut expliquer la part de mammographie préventive plus faible.

En ne tenant pas compte de l'Isère, **l'analyse entre les départements avec et sans programme de dépistage organisé ne montre pas de différence significative** : 6 mammographies sur 7 sont réalisées à titre préventif.

**Dans les départements sans programme de dépistage organisé, ceci témoigne d'un effort de prévention par le dépistage individuel.**

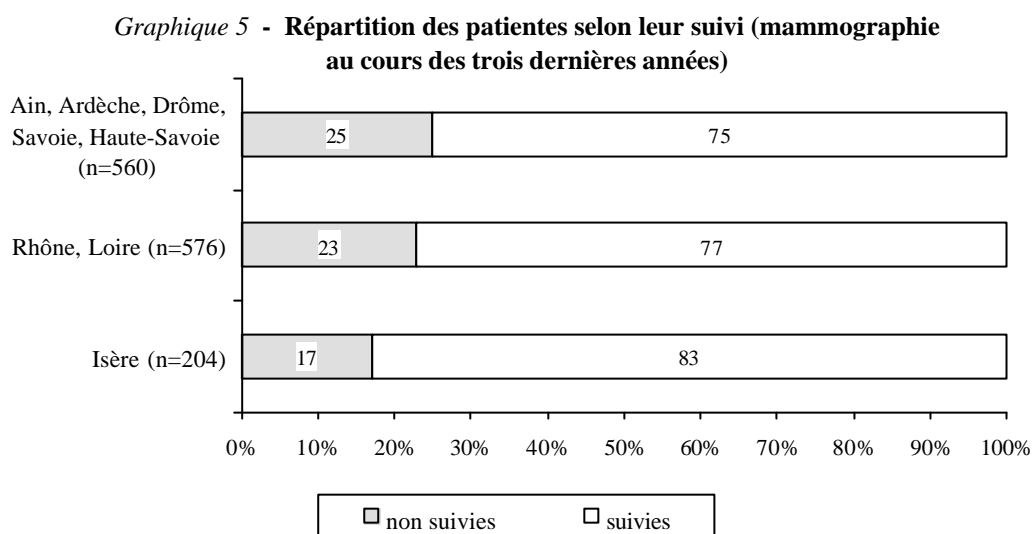
Ces résultats sont proches des résultats nationaux puisqu'on estime qu'aujourd'hui 15 à 20% des mammographies sont de type diagnostique en France<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Coustou B., Goubert A.C., Baudier F. Dépistage des cancers. Baromètre santé. Premiers résultats 2000. Enquête auprès des 12-75 ans. Vanves : CFES, septembre 2000. 4p.

## ➤ Le suivi des patientes par la mammographie

Les femmes considérées comme "suivies" sont celles ayant déclaré avoir eu une mammographie au cours des 3 dernières années, les "non suivies" sont celles qui ont déclaré n'avoir jamais effectué de mammographie avant celle-ci ou dont la dernière date de plus de 3 ans.

**On ne fait pas apparaître de différence significative entre les trois zones en ce qui concerne le suivi déclaré des femmes (Graphique 5).**



Ces résultats ne donnent pas le pourcentage de femmes bien suivies dans la population générale des femmes de 50-74 ans des départements, mais seulement parmi celles qui font des mammographies.

**Trois femmes sur quatre qui effectuent une mammographie sont donc bien suivies, qu'il y ait ou non un programme de dépistage organisé dans le département.**

Une femme sur quatre est "non suivie", soit en entrant dans le dispositif (4%) soit en étant suivie irrégulièrement (19%).

**Les femmes "suivies" et "non suivies" ont été comparées dans chacune des 3 zones.**

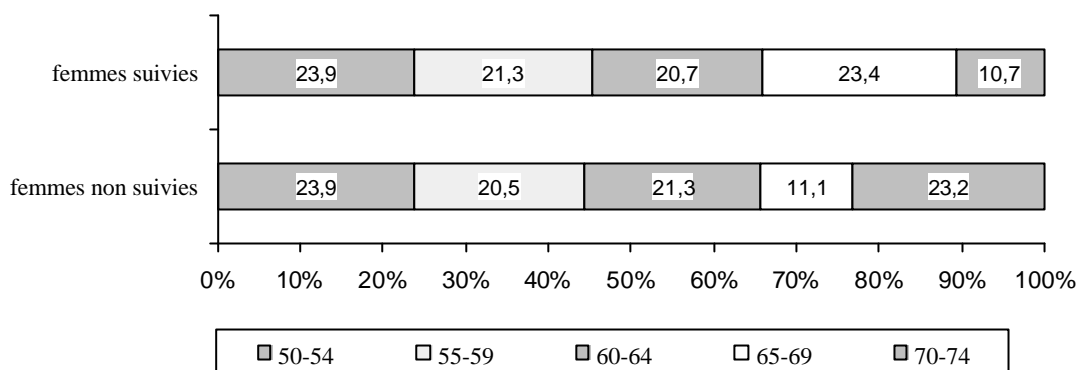
- dans la zone des cinq départements sans programme de dépistage organisé

- concernant *l'âge*

Parmi les femmes "non suivies", 23% ont entre 70 et 74 ans tandis que parmi les femmes "suivies" elles sont 11% ( $p < 0,05$ ) (Graphique 6).

En revanche, parmi les femmes "suivies", 23% ont entre 65 et 69 ans, contre 11% parmi les femmes "non suivies".

Graphique 6 - Répartition par âge des femmes suivies et non suivies dans les départements sans programme de dépistage organisé



Il semblerait qu'il y ait une perte d'intérêt vis-à-vis de la mammographie après 70 ans, les femmes "non suivies" étant principalement des femmes dont le dernier examen date de plus de trois ans.

Pour les femmes "non suivies" de 50-54 ans, ce sont essentiellement des femmes qui n'ont jamais eu de mammographie avant celle-ci et qui entrent donc dans le dépistage.

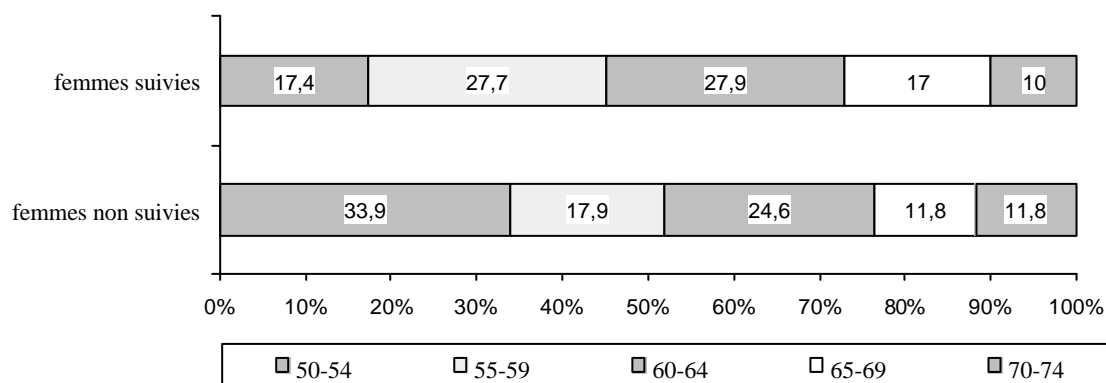
En revanche, dans les départements sans programme de dépistage organisé, il n'y a pas de différence significative entre les femmes "suivies" et "non suivies" concernant leur **commune de résidence**, leur **catégorie socioprofessionnelle** et le **caractère préventif ou diagnostique** de la mammographie.

- dans la zone avec programme de dépistage organisé (Rhône et Loire)

- concernant l'âge

Le pourcentage de femmes de 50-54 ans est significativement différent entre les deux groupes de femmes "suivies" et "non suivies" : il y a 34% de femmes de 50-54 ans "non suivies" contre 17% "suivies" ( $p < 0,05$ ) (Graphique 7).

Graphique 7 - Répartition par âge des femmes suivies et non suivies dans le Rhône et la Loire



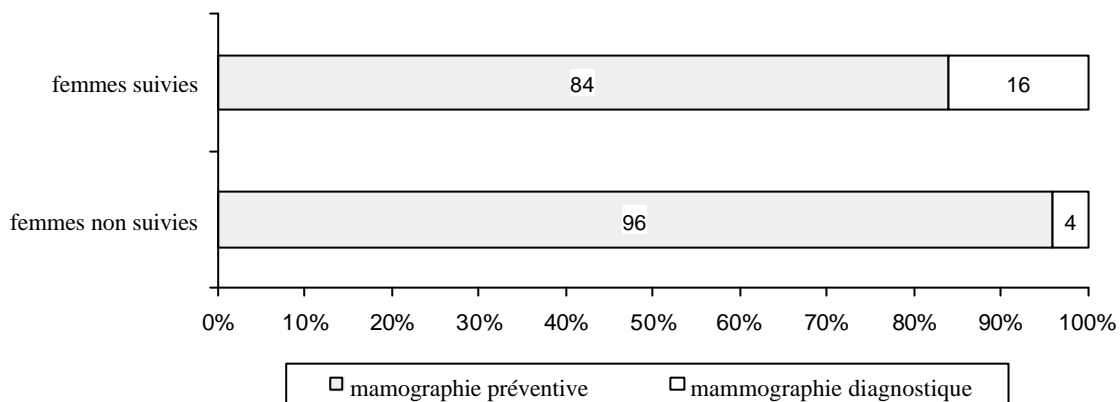
Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les femmes entrent dans le dépistage à partir de 50 ans et ne sont pas supposées avoir effectué de mammographies régulières auparavant.

Ces résultats dans le Rhône et la Loire diffèrent de ceux observés dans les départements sans programme de dépistage organisé (cf. plus haut) où l'on observait des différences entre les femmes "suivies" et "non suivies" pour les plus de 65 ans uniquement.

- concernant le *caractère préventif ou diagnostique de la mammographie*

Les femmes "non suivies" font significativement plus de mammographies préventives que les "suivies" dans le Rhône et la Loire (respectivement 96% et 84%) ( $p < 0,05$ ) (*Graphique 8*).

**Graphique 8 - Répartition des mammographies selon les femmes suivies ou non suivies dans le Rhône et la Loire**



Cela semble indiquer que les femmes entrent dans le dispositif dans une logique de prévention et non suite à un problème. De plus, les femmes "suivies" le sont peut-être parce qu'elles ont plus à craindre d'avoir un problème (antécédents familiaux, déjà soignée pour un cancer du sein...)

**En revanche, dans le Rhône et la Loire, il n'y a pas de différence significative entre les femmes "suivies" et "non suivies" quelles que soient leur commune de résidence et leur catégorie socioprofessionnelle.**

- dans l'Isère, département avec programme interrompu

Il n'y a pas de différence significative entre les femmes "suivies" et "non suivies" quels que soient leur **âge**, leur **commune de résidence**, leur **catégorie socioprofessionnelle** et le **caractère préventif ou diagnostique** de la mammographie.

## II - 2 Les filières de la mammographie

### ➤ Le prescripteur de la mammographie

Les trois prescripteurs principaux sont les programmes de dépistage organisé (quand ils existent), les médecins gynécologues et les médecins généralistes.

Les autres prescripteurs sont essentiellement des médecins spécialisés en cancérologie (oncologues, 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 (*Graphique 9*).

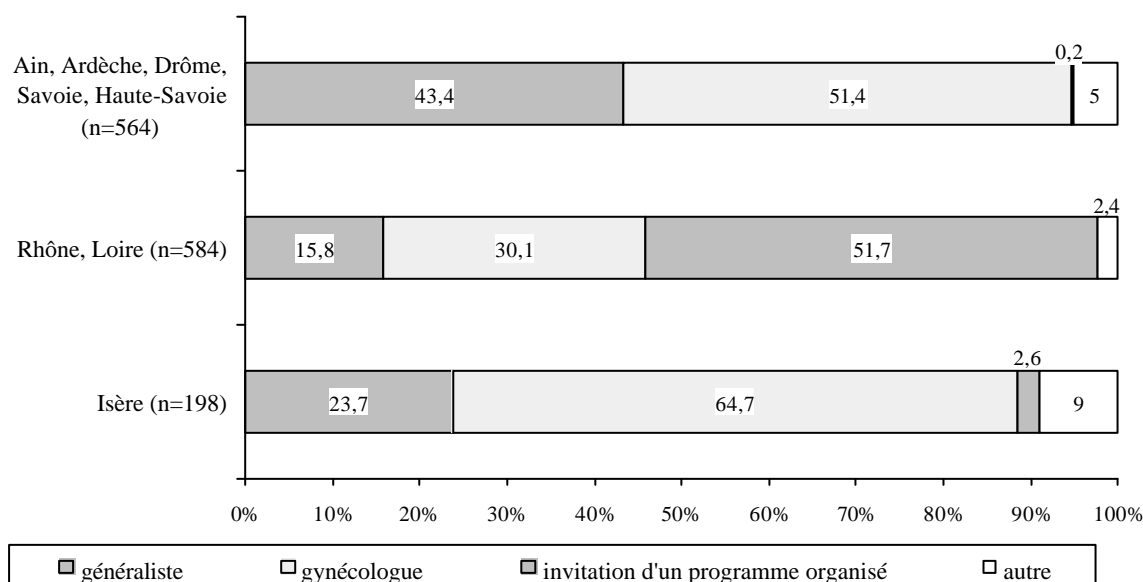
Pour les départements sans programme, ce sont principalement les gynécologues qui prescrivent des mammographies (51%) puis les médecins généralistes (43%).

La majorité des patientes du Rhône et de la Loire effectue une mammographie sur invitation d'un programme de dépistage organisé (52%).

On constate par ailleurs qu'il y a deux fois plus de gynécologues que de généralistes qui prescrivent des mammographies (respectivement 30% et 16%).

En Isère<sup>6</sup>, les gynécologues semblent avoir pris le relais suite à l'interruption du programme organisé (ou les femmes les ont plus consultés) puisqu'ils ont été le prescripteur de l'examen pour 65% des patientes effectuant une mammographie, viennent ensuite les généralistes (24%).

Graphique 9 - Répartition des patientes selon le prescripteur de l'examen



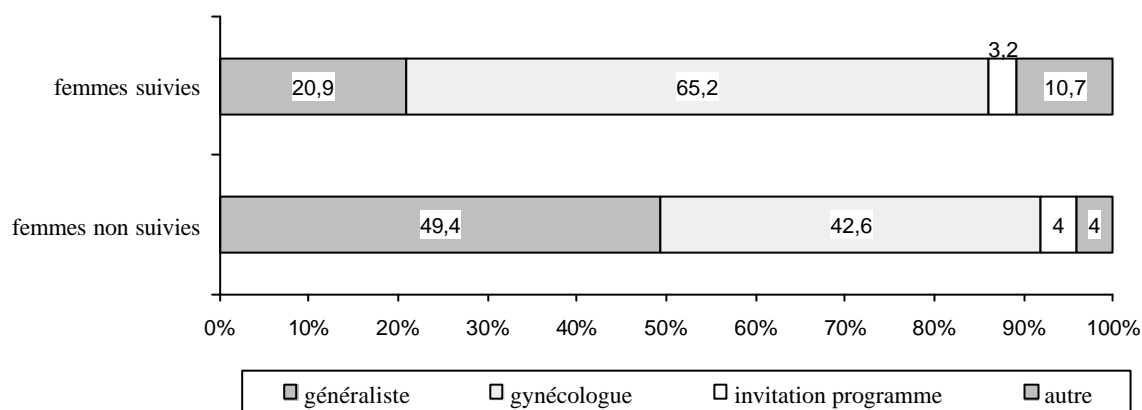
<sup>6</sup> En Isère, il y a toujours une prescription par un médecin même lorsque les patientes ont été invitées par un programme

Dans le Rhône et la Loire, il y a **coexistence des 2 types de dépistage** qui ont à peu près le même volume : le dépistage organisé (52% des mammographies) et le dépistage individuel (46% des mammographies). **Le dépistage organisé ne supprime donc pas le dépistage individuel.**

Dans les trois zones, on constate que les **gynécologues prescrivent plus de mammographies que les généralistes** alors qu'ils sont 11 fois moins nombreux.

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%) ( $p < 0,05$ ) (*Graphique 10*).

*Graphique 10 - Répartition des femmes suivies et non suivies selon le prescripteur de l'examen en Isère*



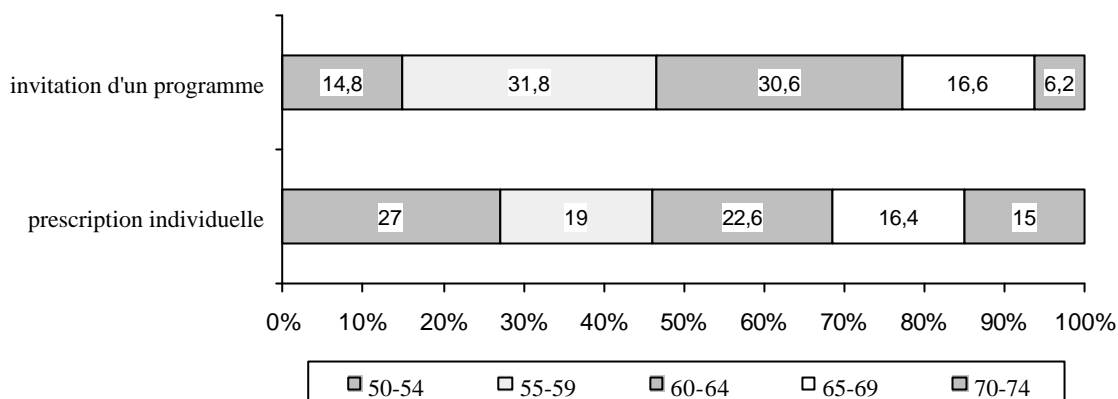
**Ces résultats indiquent que les généralistes jouent un rôle important auprès des femmes qui entrent dans le dépistage, dans ce département où le programme de dépistage systématique a été interrompu.**

### ➤ Les différences entre dépistage individuel et organisé

Dans la zone ayant un programme de dépistage organisé (Rhône, Loire), les femmes effectuant une mammographie sur invitation d'un programme de dépistage ont été comparées à celles dont l'examen a été prescrit par un généraliste, un gynécologue ou autre.

On constate qu'il y a significativement plus de femmes de 55-59 ans et moins de femmes de 50-54 et 70-74 ans parmi celles qui font une mammographie sur invitation d'un programme que parmi celles dont l'examen a été prescrit par un médecin ( $p < 0,05$ ) (*Graphique 11*).

**Graphique 11 - Répartition par âge des patientes invitées ou non par un programme dans le Rhône et la Loire**

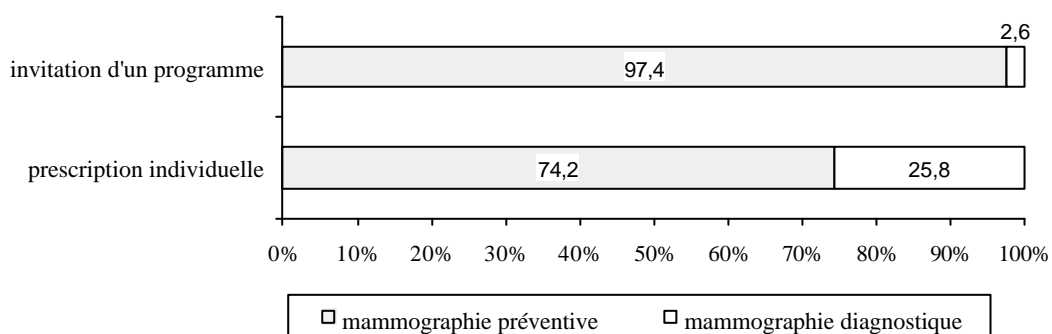


Ces résultats nous conduisent à deux hypothèses :

- l'entrée dans le dépistage pour les 50-54 ans se ferait davantage par la prescription de l'examen par un médecin que par une invitation d'un programme, peut-être parce que cet examen fait peur. La mammographie chez les 55-59 ans dans le cadre du dépistage organisé semble moins problématique.
- le passage de la limite de 70 à 74 ans pour le dépistage organisé n'est peut-être pas encore totalement connu par les femmes.

Il y a un plus grand nombre de mammographies à titre préventif chez les patientes qui effectuent cet examen sur invitation d'un programme de dépistage organisé que chez les patientes à qui un médecin a prescrit cet examen (97% contre 74%) ( $p < 0,05$ ) (Graphique 12).

**Graphique 12 - Répartition des mammographies diagnostiques et préventives dans le Rhône et la Loire**



L'activité préventive des médecins est donc majoritaire (trois mammographies sur quatre) alors que très peu de femmes (3%) profitent d'une invitation d'un programme pour faire une mammographie suite à un problème découvert à un sein.

Pour le Rhône et la Loire, il n'y a pas de différence entre les femmes effectuant une mammographie sur invitation d'un programme de dépistage organisé et les autres concernant leur **commune de résidence**, leur **catégorie socioprofessionnelle**, leur **suivi** ou encore le **type de structure** de radiologie qu'elles choisissent (privé ou public).

## ➤ L'activité des structures de radiologie

L'Isère a été exclue de cette analyse compte-tenu du trop petit nombre de structures de radiologie dans l'échantillon.

La mammographie est d'abord une activité de cabinet libéral, surtout dans les cinq départements sans programme.

Le *tableau 5* présente la répartition des patientes par structure pour les deux zones avec ou sans programme de dépistage organisé, le nombre de patientes de l'échantillon ayant été extrapolé à la base de sondage.

*Tableau 5 - Répartition des patientes par structure*

	Cabinets libéraux	Etablissements hospitaliers privés	Hôpitaux publics
Départements sans programme de dépistage organisé (Ain, Ardèche, Drôme, Savoie, Haute-Savoie)	78,7 %	10,2 %	11,1 %
Départements avec programme de dépistage organisé (Loire, Rhône)	70,6 %	18,9 %	10,5 %

La part des mammographies réalisées par les cabinets libéraux est la plus importante dans chacune des deux zones (plus d'un tiers des mammographies).

La part des mammographies effectuées par les établissements privés est environ deux fois plus importante dans la zone avec programme de dépistage que dans la zone sans programme (19% versus 10%). Cela peut s'expliquer par le nombre important de cliniques dans le Rhône et la Loire.

En ce qui concerne l'activité hebdomadaire, les hôpitaux font significativement moins de mammographies que les cabinets libéraux (*Tableau 6*).

Les hôpitaux dans les départements sans programme de dépistage organisé font significativement moins de mammographies par semaine que ceux des départements avec programme. Ceci est peut-être dû aux effets du regroupement des mammographies en un lieu du fait de la taille des hôpitaux puisque les départements avec programme sont ceux équipés d'un centre hospitalo-universitaire (CHU), les départements sans programme ayant des centres hospitaliers (CH).

*Tableau 6 - Nombre moyen de mammographies sur une semaine par structure*

	Cabinets libéraux	Etablissements hospitaliers privés	Hôpitaux publics
Départements sans programme de dépistage organisé (Ain, Ardèche, Drôme, Savoie, Haute-Savoie)	23 (n=17)	19 (n=5)	8 (n=9)
Départements avec programme de dépistage organisé (Loire, Rhône)	24 (n=13)	23 (n=8)	15 (n=7)



La **couverture en mammographie** a été calculée à partir :

- de l'extrapolation à une année du nombre de mammographies réalisées en une semaine dans les structures de radiologie de l'échantillon
  - de l'extrapolation de l'échantillon à la base de sondage
- le tout rapporté au nombre de femmes de 50-74 ans de la zone.

Ainsi, la couverture estimée est :

- pour les départements avec programme de dépistage organisé : 50,6%
- pour les départements sans programme de dépistage organisé : 32,5%
- pour l'Isère : 37,0%

Ceci n'est pas une estimation fiable de la couverture. La valeur absolue est sans doute biaisée car l'activité de la semaine du 3 au 8 décembre n'est probablement pas représentative de celle de l'ensemble de l'année, de plus le nombre exact de structures de radiologie avec mammographe de la base initiale est inconnu.

**En revanche, les différences observées entre les zones sont intéressantes. On constate que dans les départements avec programme de dépistage organisé, la couverture est supérieure à celles des autres zones ; et lorsque le programme est interrompu (Isère), la couverture retombe pratiquement au même niveau que pour les départements sans programme.**

#### ➤ **Les différences de recrutement selon les secteurs**

La variable concernant la **structure de radiologie** comportait initialement 3 modalités : cabinet libéral, hôpital public et établissement privé.

Les modalités "cabinet libéral" et "établissement privé" ont été regroupées car la radiologie fonctionne avec la même logique. De nombreux radiologues exercent d'ailleurs leur activité simultanément en cabinet et en clinique.

Les caractéristiques des femmes fréquentant les cabinets et les cliniques sont toutes les mêmes à l'exception de deux :

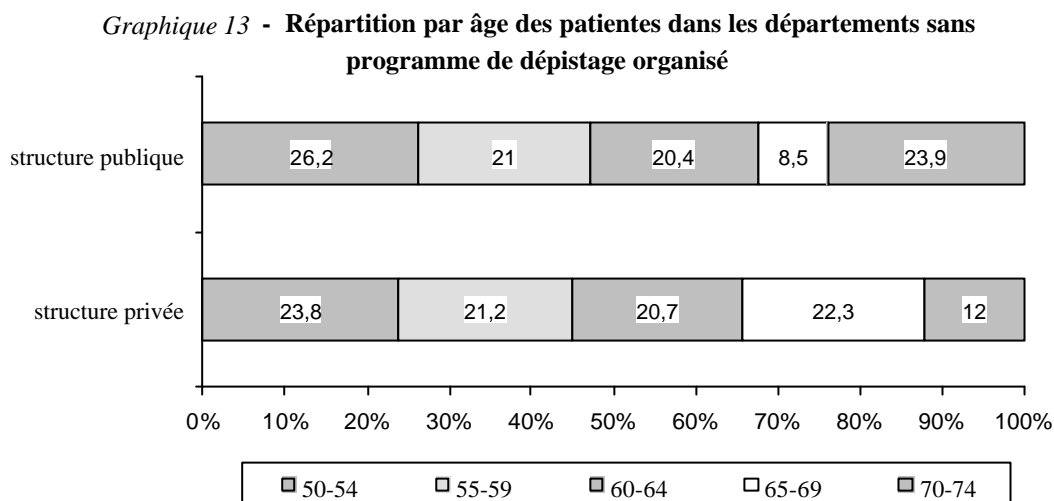
- pour chacune des trois zones, les femmes résidant dans une zone rurale vont plus effectuer leur mammographie dans un cabinet libéral que dans un établissement hospitalier privé ( $p < 0,05$ ). Ceci peut peut-être s'expliquer par l'implantation des cliniques dans les grandes villes, alors que les cabinets sont plus répartis sur le territoire.
- pour les départements sans programme de dépistage organisé, les femmes effectuant une mammographie diagnostique sont plus nombreuses à aller dans un établissement hospitalier privé que dans un cabinet libéral. Le plateau technique dont dispose la clinique, au cas où le diagnostic serait confirmé, peut être une des raisons de ce choix.

L'analyse se poursuit en comparant les caractéristiques des patientes effectuant une mammographie dans une structure de radiologie privée et celles qui vont dans une structure publique, et ce pour chacune des trois zones.

- dans la zone des cinq départements sans programme de dépistage organisé

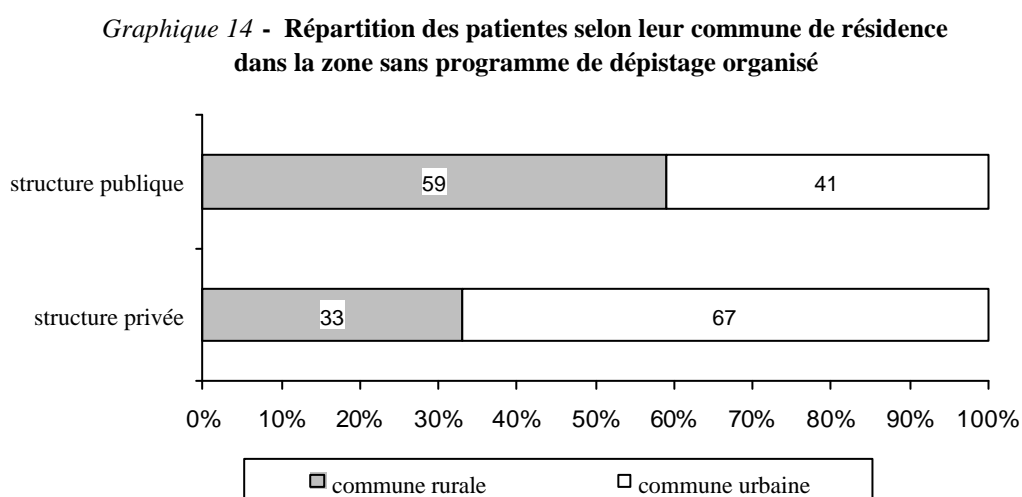
Parmi les patientes qui effectuent leur mammographie dans une structure privée, 22% ont entre 65 et 69 ans alors qu'elles sont 9% parmi celles qui vont dans une structure publique ( $p < 0,05$ ) (*Graphique 13*).

Cette tendance est inversée pour les patientes de 70-74 ans : 24% en structure publique contre 12 % en structure privée.



Parmi les explications possibles, on peut penser que les femmes âgées qui viennent faire un bilan à l'hôpital bénéficient souvent d'une mammographie.

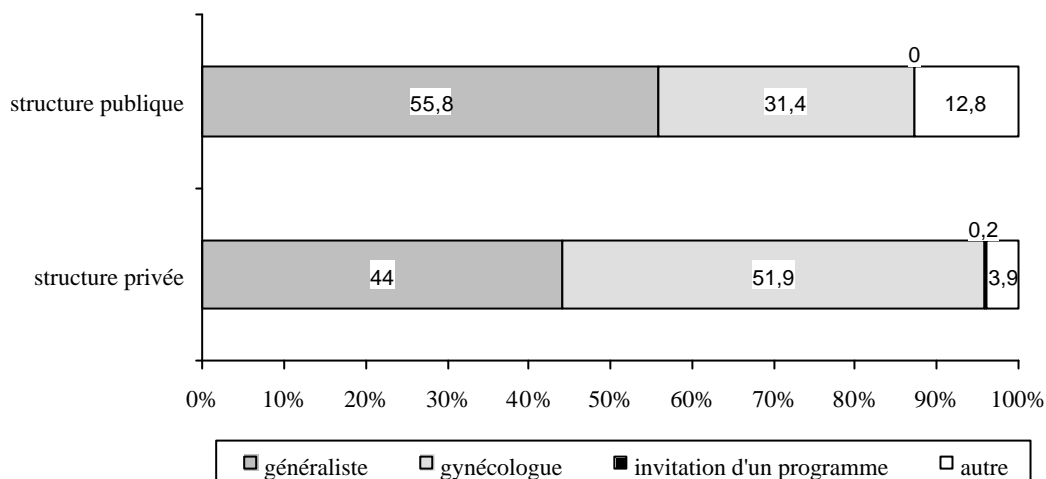
Parmi les patientes qui font leur mammographie dans une structure de radiologie publique, 59% habitent dans une commune rurale alors qu'elles sont 33% parmi celles qui vont dans une structure privée ( $p < 0,05$ ) (*Graphique 14*).



Ce résultat soulève l'hypothèse d'une "attraction" du secteur public pour les patientes habitant une commune rurale.

Dans les départements sans programme de dépistage organisé, 52% des femmes qui vont dans une structure privée ont eu leur examen prescrit par leur gynécologue. Elles sont 31% parmi celles qui vont dans une structure publique ( $p < 0,05$ ) (Graphique 15).

Graphique 15 - Répartition des patientes selon le prescripteur de l'examen pour les départements sans programme de dépistage organisé



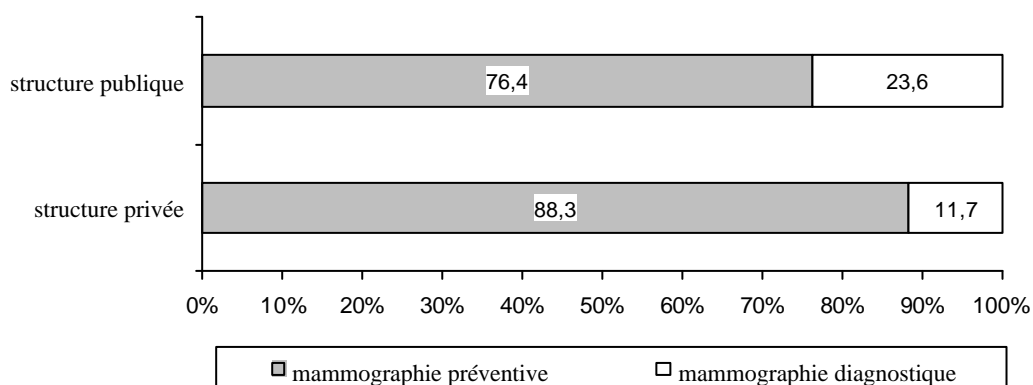
Les patientes suivies par un généraliste vont plus facilement dans le secteur public, tandis que celles suivies par un gynécologue vont dans le secteur privé.

Par ailleurs, dans les départements sans programme de dépistage organisé, il n'y a pas de différence significative entre les patientes qui vont dans une structure privée et celles qui vont dans une structure publique concernant leur **profession** et le **caractère diagnostique ou préventif** de l'examen.

- dans la zone avec programme de dépistage organisé (Rhône et Loire)

Il y a deux fois plus de patientes qui font des mammographies diagnostiques parmi les patientes qui vont dans une structure publique (24%) que parmi celles qui vont dans une structure privée (12%) (Graphique 16).

Graphique 16 - Répartition des patientes selon le caractère préventif ou diagnostique de l'examen dans le Rhône et la Loire



Les femmes effectuant une mammographie suite à un problème découvert à un sein préfèrent aller dans un hôpital public peut-être du fait de la "proximité" de la prise en charge que représente cette structure du fait de la présence d'un plateau technique important (CHU) si le problème diagnostiqué demande une intervention.

Par ailleurs, dans le Rhône et la Loire, il n'y a pas de différence significative entre les patientes qui vont dans une structure privée et celles qui vont dans une structure publique concernant leur **âge**, leur **profession**, leur **commune de résidence** et le **prescripteur de l'examen**.

- dans l'Isère, département avec programme interrompu

L'analyse concernant les structures de radiologie de ce département ne peut être réalisée compte tenu des faibles effectifs dans l'échantillon.

## DISCUSSION GENERALE ET CONCLUSION

Cette étude sur les filières d'accès à la mammographie en Rhône-Alpes a concerné 1362 femmes ayant effectué une mammographie dans 70 structures. Elle a été bien acceptée par les radiologues (12 refus sur 109 contactés), et également par les patientes (12 refus de participation).

Les questionnaires ont été remplis correctement, il y a eu peu de non-réponses ou de réponses non exploitables (moins de 1% en moyenne pour chacune des 7 questions). Elles sont dues essentiellement au fait que, dans certaines structures de radiologie, les femmes remplissaient elles-mêmes les questionnaires à la place du manipulateur ou du radiologue, ce qui posait parfois des problèmes de compréhension dans la lecture des questions ou un manque de rigueur dans le remplissage.

La reprise en septembre 2001 du programme de dépistage organisé dans le Rhône a pu générer un supplément d'activité.

L'interruption du programme de dépistage organisé dans l'Isère nous a contraint à réaliser l'analyse en tenant compte de 3 zones puisque ce département n'a pu être regroupé avec la Loire et le Rhône. Cela nous a permis de voir ce qui se passe lorsque le programme s'arrête, même si toutes les analyses concernant l'Isère n'ont pu être réalisées du fait des trop faibles effectifs des structures de radiologie.

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.

De plus, cette étude ne donne des indications que pour les femmes qui effectuent des mammographies, et non pas pour celles qui n'accèdent pas au dépistage.

### **Le critère le plus discriminant est l'âge**

Globalement, concernant le profil des femmes qui effectuent une mammographie, le critère de l'âge est le plus important, la profession et la commune de résidence 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.**

- Concernant la catégorie socioprofessionnelle, **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...).

Concernant le suivi (dernière mammographie datant de moins de trois ans) des femmes, on note une perte d'intérêt pour la mammographie pour les femmes de plus de 70 ans, pour les départements sans programme de dépistage organisé uniquement. Cela peut correspondre à la fin du suivi gynécologique régulier dans le cadre des traitements hormonaux substitutifs, ou encore à la génération des femmes qui n'ont pas eu accès à la contraception orale.

Tandis que dans les départements avec programme, c'est la classe des 50-54 ans qui est plus représentée dans les "non suivies" sans doute parce qu'elles entrent dans le dépistage à partir de 50 ans.

### **Coexistence du dépistage individuel et du dépistage organisé**

Les résultats pour le Rhône et la Loire indiquent qu'il y a coexistence à part égale du dépistage individuel (46%) et du dépistage organisé (52%), avec cependant quelques différences entre les patientes de ces deux systèmes. Les femmes les plus jeunes (50-54 ans) et les plus âgées (70-74 ans) sont plus nombreuses à venir sur prescription individuelle tandis que l'invitation par un programme est plus attractive pour les 55-59 ans. L'activité préventive est de 3 mammographies sur 4 parmi les prescriptions individuelles (contre 97% sur invitation d'un programme).

La coexistence des deux types de dépistage peut s'expliquer par le fait que, dans les deux cas, la prise en charge de l'examen est la même, pour les femmes qui disposent d'une mutuelle ; et les médecins préfèrent souvent les prescriptions individuelles car les incidences sont au nombre de deux et il y a retour du cliché au médecin<sup>7</sup>. De plus, l'activité diagnostique relève naturellement de la prescription individuelle.

Dans le Rhône et la Loire, la couverture est supérieure à celle des départements sans programme de dépistage organisé ; et lorsque le programme est interrompu (Isère), la couverture retombe pratiquement au même niveau que pour les départements sans programme.

### **Une activité essentiellement préventive**

Six mammographies sur sept sont réalisées à titre préventif : l'analyse du caractère diagnostique ou préventif de la mammographie entre les départements avec et sans programme de dépistage organisé ne montre pas de différence significative. Dans les départements sans programme, cela témoigne d'un effort de prévention par le dépistage individuel.

De plus, trois femmes sur quatre effectuant une mammographie sont bien suivies (précédente mammographie datant de moins de 3 ans), qu'il y ait ou non un programme de dépistage organisé dans le département.

### **Les gynécologues prescrivent plus de mammographies que les généralistes**

Dans les trois zones, on constate que les gynécologues prescrivent plus de mammographies que les généralistes alors qu'ils sont 11 fois moins nombreux. Trois explications sont possibles:

- le nombre de médecins spécialistes est plus élevé dans les zones urbaines que dans les zones rurales, donc les gynécologues ont un poids plus important dans le Rhône, la Loire et l'Isère (deux tiers des gynécologues de la région sont dans ces trois départements) que dans les autres départements, plus ruraux.

---

<sup>7</sup> ceci a été changé dans le nouveau cahier des charges mis en place en 2001

- les gynécologues sont peut-être plus incitatifs concernant la mammographie que les généralistes
  - les femmes préfèrent se référer au gynécologue qu'au généraliste pour ces questions
- Ces deux derniers points seront analysés au cours de la seconde partie de cette étude.

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 environ une mammographie sur deux.

### **Prédominance du secteur privé par rapport au secteur public**

La mammographie est d'abord une activité du secteur privé, principalement de cabinet libéral, peut-être parce que cet examen ne nécessite pas un équipement lourd, les cabinets libéraux étant donc largement équipés.

La part des mammographies réalisées par les cabinets libéraux est la plus importante dans chacune des deux zones (plus de deux tiers des mammographies).

Les hôpitaux du Rhône et de la Loire 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). Les hôpitaux publics de ces départements 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 structures de radiologie privées sont plus attractives pour les femmes qui ont leur examen prescrit par le gynécologue. Les hôpitaux publics, qui ont une activité plus faible que le secteur privé, sont quant à eux plus attractifs pour les femmes résidant dans une commune rurale, celles âgées de 70-74 ans et celles dont la mammographie a été prescrite par le généraliste.

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.

**Questionnaire "Filières d'accès à la mammographie"**

Numéro

**Ce questionnaire anonyme a pour but de mieux connaître les femmes qui font des mammographies. Acceptez-vous de répondre à quelques questions ?**

*En cas de refus, cochez ici*

**1/ Quelle est votre date de naissance? \_\_\_ / \_\_\_ / 19\_\_\_**  
*(avant le 03/12/1951)*

**2/ Quelle est votre commune de résidence?**

/ \_ /  
*Ne pas remplir*

**3/ Quel est votre département de résidence ?**

- |            |                 |
|------------|-----------------|
| 1- Ain     | 5- Loire        |
| 2- Ardèche | 6- Rhône        |
| 3- Drôme   | 7- Savoie       |
| 4- Isère   | 8- Haute-Savoie |

**4/ Quelle est votre profession actuelle?**

/ \_ /  
*Ne pas remplir*

- 1- Agricultrice
- 2- Artisan, commerçante, chef d'entreprise
- 3- Cadre, profession intellectuelle supérieure  
(par ex. : profession libérale, ingénieur, professeur, cadre administratif et commercial...)  
*précisez la profession .....*
- 4- Profession intermédiaire  
(par ex. : institutrice, religieuse, infirmière, assistante sociale, technicienne, agent de maîtrise...)  
*précisez la profession .....*
- 5- Employée  
(par ex. : secrétaire, coiffeuse, serveuse, hôtesse, policier, militaire...)  
*précisez la profession.....*
- 6- Ouvrière  
(par ex. : agent d'entretien, de production, chauffeur...)  
*précisez la profession.....*
- 7- Retraitée
- 8- Autres sans activité professionnelle

**5/ Cette mammographie est-elle faite en réponse à un problème découvert à un sein?**

- non
- oui

**6/ Qui vous a prescrit cette mammographie ?**

- 1- Médecin généraliste
- 2- Gynécologue
- 3- Radiologue
- 4- Invitation d'un programme organisé
- 5- Autre : *(précisez).....*

**7/ Avez-vous déjà effectué une mammographie avant celle-ci?**

- non
- oui

*si oui, il y a :*  moins de 3 ans  
 plus de 3 ans

/ \_ /  
*Ne pas remplir*

*Ne pas remplir*



## Récapitulatif de la semaine d'enquête

A remplir à la fin de l'étude.

*Veillez vérifier l'exactitude des informations ci-dessous et corriger les erreurs éventuelles.  
Nous vous rappelons que l'exploitation des données sera anonyme, l'adresse servant à vous retourner les résultats.*

**Coordonnées de la structure de radiologie :**

Téléphone : .....

**Type de structure de radiologie :**

- 1- Cabinet libéral hors d'une structure hospitalière
- 2- Centre de santé mutualiste
- 3- Hôpital public
- 4- Etablissement hospitalier privé à but non lucratif
- 5- Etablissement hospitalier privé à but lucratif

-----  
**Structure agréée par un programme de dépistage ?**

- Non
- Oui

**Nombre total de femmes incluses dans l'enquête (y compris les refus) : /\_\_\_\_/**

**Nombre de jours où le mammographe a été indisponible  
durant la semaine d'étude (problème technique ou autre) : /\_\_\_\_/**

*Cette fiche est à renvoyer, avec les questionnaires, à la fin de la semaine d'étude, à l'ORS  
Rhône-Alpes, 9 quai Jean Moulin 69001 LYON.*