

# LE DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN EN MEDECINE LIBERALE

## Enquête auprès des généralistes et des gynécologues de Rhône-Alpes

Une étude de  
l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes

**Groupe de travail de l'Union :**

*Dr Emile OLAYA, Président du Collège des Généralistes  
Dr Jean DERRIEN, Président du Collège des Spécialistes  
Dr Georges GRANET, Dr Nicole PUECH*

**Comité de Pilotage :**

*Dr MC ANNINO (DRASS), Dr J.P. CONVERS (VIVRE), G. De ANGELIS (URCAM RA),  
Dr J. DERRIEN (URML RA), Dr A GARNIER (ODLC), Dr E GORMAND (ADEMAS), Dr F LABORIER (URML RA)*

**Soutenue par :**

**le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (URCAM Rhône-Alpes)**

Réalisée par :  
le CAREPS  
Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire  
*Dr Jean-Pierre FERLEY, Eric DA SILVA  
avec la collaboration de Thomas GULIAN*

**Frappe du rapport :**

*Murielle FABBIAN*

Nous tenons à remercier pour leur précieuse collaboration les 300 généralistes et gynécologues de Rhône-Alpes ayant participé à ce travail (liste en annexe).

**CAREPS**

Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire  
20, rue Chenoise - 38000 GRENOBLE

Tél. : 04 76 51 10 56 Fax : 04 76 51 03 06 e-mail : [contact@careps.org](mailto:contact@careps.org)

**LE DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN EN MEDECINE LIBERALE**  
**Enquête auprès des généralistes et des gynécologues de Rhône-Alpes**

**Une étude de**  
***l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes (URML RA)***  
*Groupe de travail de l'Union : Dr Emile OLAYA, Dr Jean DERRIEN, Dr Georges GRANET,*  
*Dr Nicole PUECH*

**Réalisée par le**  
***CAREPS (Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire)***  
*Dr Jean-Pierre FERLEY, Eric DA SILVA*

**Rapport N°387- Juin 2003**

**RESUME**

Le cancer du sein constitue la première cause de mortalité par cancer chez la femme et son incidence est en augmentation. Le Ministère de la Santé a souhaité généraliser dès 2001 à l'ensemble du territoire le dépistage organisé du cancer du sein, jusque là proposé uniquement dans 32 départements pilotes, au rang desquels trois départements rhônalpins (Rhône, Isère, Loire). Les cinq autres départements de Rhône-Alpes devant donc, à très court terme, "basculer" d'une pratique actuelle de dépistage individuel vers une pratique de dépistage organisé.

Forte de sa légitimité dans les champs de la santé publique, de la prévention et de l'épidémiologie, l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes a considéré qu'elle se devait de participer à cet objectif de santé publique que constitue la promotion du dépistage des cancers.

Soutenue financièrement par l'URCAM par le biais du FAQSV, l'URML Rhône-Alpes a notamment souhaité mieux cerner la place des médecins libéraux dans ce dépistage et, plus précisément, explorer les pratiques actuelles en matière de prescription ou d'incitation à la mammographie en analysant le "contenu" d'une consultation de dépistage, les difficultés rencontrées par le praticien, les représentations que s'en fait la femme, les leviers sur lesquels le médecin pourra s'appuyer, les freins qu'il lui faudra tenter de vaincre, les réticences que peut faire naître ce dépistage chez certains praticiens. Cette étude, réalisée par le CAREPS, vient en complément d'une première approche conduite auprès des radiologues par l'Observatoire Régional de Santé sur les filières d'accès à la mammographie.

L'enquête a été conduite auprès d'un échantillon de 263 médecins libéraux volontaires, généralistes (178) et gynécologues (85), assurant une collecte d'informations durant 2 semaines pour toutes les consultantés âgées de 50 à 74 ans et tout particulièrement pour les femmes n'ayant pas passé de mammographie dans les deux ans. Au total, 5 438 consultations ont été notifiées dont 1 299 qui se rapportaient à des patientes n'ayant pas passé de mammographie récente ont été analysées en détail. Parallèlement, une approche qualitative complémentaire a été conduite reposant sur 5 groupes de parole avec des généralistes et des gynécologues.

L'étude objective le fait que le dépistage du cancer du sein est désormais une réalité bien ancrée : plus de 70% des patientes des généralistes âgées de 50 à 74 ans et plus de 80% de celles des gynécologues semblent avoir bénéficié d'une mammographie dans les 24 mois écoulés. Cependant, beaucoup de femmes de cette tranche d'âge demeurent encore non ou mal dépistées. Si, pour la plupart des patientes de gynécologues il s'agit d'un retard modéré (mammographie datant de moins de 3 ans), encore trop nombreuses sont celles qui, dans la clientèle des généralistes, soit n'ont jamais eu de mammographie (7%), soit en ont passé une plusieurs années auparavant.

Les chiffres recueillis (à considérer avec une réelle prudence) indiquent un écart assez faible entre les départements bénéficiant d'un dépistage organisé et les autres, ce qui semblerait indiquer que le dépistage organisé n'a pas encore atteint son objectif de "ramener" au dépistage une proportion significative de femmes qui n'en bénéficiaient pas à titre individuel. A contrario, chez les 70 ans et plus, le déficit de couverture est moins net quand un dépistage organisé est proposé, ce qui serait probablement à mettre au crédit de cette organisation. Les chiffres de couverture relevés dans cette enquête sont supérieurs à ceux qui se rapportent à la population générale (eux-mêmes à considérer avec prudence), ce qui ne doit pas surprendre puisqu'une enquête en clientèle porte, par définition, sur une population sélectionnée et davantage médicalisée. De plus, dans les chiffres relevés en

**CAREPS**

Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire  
20, rue Chenoise - 38000 GRENOBLE

Tél. : 04 76 51 10 56 Fax : 04 76 51 03 06 e-mail : [contact@careps.org](mailto:contact@careps.org)

population, l'écart entre départements disposant ou non d'un dépistage organisé est plus net que dans l'enquête en clientèle de l'URML.

Il n'y a pas toujours corrélation entre l'absence de dépistage ou le non respect des délais et l'attention portée par les femmes à leur santé : 20% de celles qui n'ont pas passé une mammographie au cours des 24 derniers mois sont décrites par le médecin comme apportant une grande attention à leur santé. De plus, dans la clientèle des généralistes, 78% de ces femmes font partie de leurs patientes régulières tandis que plus du tiers sont suivies régulièrement sur le plan gynécologique. Les gynécologues considèrent, quant à eux, que 58% de ces femmes sont des patientes régulières. En définitive, deux grandes catégories de femmes non ou mal dépistées sont relevées en clientèle : certaines sont mal suivies médicalement et/ou peu connues du médecin répondant, d'autres sont, au contraire, a priori bien suivies.

Si l'enquête n'avait pas eu lieu, le thème du dépistage aurait été abordé lors de la consultation avec ces patientes non "à jour" une fois sur trois par le généraliste et presque toujours par le spécialiste. Lorsque le thème n'est pas abordé, ce peut être pour différentes raisons : motif de la consultation inapproprié, problème médical, psychologique ou social intercurrent, niveau intellectuel, planning surchargé, mauvaise compréhension de la langue, plus rarement origine ethnique. Chez les généralistes, le fait que la femme soit suivie par ailleurs sur le plan gynécologique constitue une raison assez fréquente pour ne pas aborder ce thème. Qu'il existe ou non un dépistage organisé, le plus souvent l'abord du thème est laissé à l'initiative du médecin. Il semblerait cependant que, d'après leurs dires, les médecins de petites villes ou du milieu rural qui ne disposent pas de dépistage organisé soient plus systématiques que leurs confrères de grandes villes où un tel dispositif existe. Ces derniers reconnaissent en effet parfois trop s'appuyer sur cette organisation.

Une fois le thème abordé avec ces patientes non ou mal dépistées, des réticences ou des difficultés peuvent être relevées (plus souvent dans la clientèle des généralistes), dans 10% des cas ces réticences ou difficultés sont fortes : les plus fréquentes sont la peur de savoir, le fait de ne pas se sentir concernée, la crainte de la douleur. Quelquefois est relevé un scepticisme sur l'intérêt du dépistage précoce.

Sur le principe, l'adhésion de la grande majorité des médecins interrogés au dépistage organisé est acquise. Cependant, si 70% des généralistes considèrent que cette organisation constitue une avancée certaine (80% dans les départements où il existe déjà), cette proportion n'est que de 50% chez les gynécologues (qu'il existe ou non un dépistage organisé). De même, dans leur très grande majorité, les médecins voient le dépistage organisé comme complémentaire par rapport à l'exercice libéral de la médecine mais 10% des généralistes et près de 25% des gynécologues le considèrent comme étant plutôt en interférence (y compris dans les départements où il est déjà en place depuis longtemps).

Les principales réticences exprimées sont l'intrusion dans la relation médecin-malade, la dévalorisation du rôle du médecin, la standardisation de l'approche, la lourdeur administrative, une nomenclature non adaptée, l'évolution vers une médecine ne s'attachant qu'à un organe, la crainte que désormais l'examen complémentaire prime sur la clinique... Toutes ces réserves s'expriment également par le fait que, aussi bien dans les départements disposant d'un dépistage organisé que dans les autres, les deux tiers des médecins qui disent adhérer au programme de dépistage organisé le font -ou pensent le faire- de manière sélective en adaptant leur attitude (dépistage individuel ou dépistage organisé) en fonction de la situation.

A l'occasion des groupes de parole, de nombreux généralistes exerçant dans des départements où existait depuis plusieurs années un dépistage organisé ont cependant témoigné de l'intérêt qu'ils voyaient dans celui-ci : égalité d'accès, côté systématique de la démarche, communication, responsabilisation de la femme, réinvestissement par ce biais de la sphère gynécologique par certaines patientes (et par certains généralistes). Pour ceux-là, loin de remettre en cause la place du médecin libéral, le dépistage organisé est de nature à renforcer sa position. Pour certains des plus jeunes, installés après sa mise en place, la question ne se discute même plus.

Même si l'amélioration de la couverture mammographique chez les femmes "médicalisées" (constituant l'essentiel de la population objet de cette étude) reste perfectible, l'intérêt du dépistage organisé semble davantage résider dans l'amélioration de cette couverture chez des publics peu ou pas suivis médicalement, d'où l'intérêt d'une communication s'adressant certes à toute la population mais ciblant plus spécifiquement ces publics, souvent plus difficiles à atteindre et nécessitant certainement des vecteurs originaux d'information.

#### CAREPS

Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire  
20, rue Chenoise - 38000 GRENOBLE

Tél. : 04 76 51 10 56 Fax : 04 76 51 03 06 e-mail : [contact@careps.org](mailto:contact@careps.org)

L'étude confirme la place centrale occupée par les médecins libéraux (sensibilisation, information, explication des résultats, accompagnement, soutien), place qu'ils ne souhaitent pas abdiquer avec la mise en place d'un dépistage organisé. La question de la reconnaissance concrète de ce rôle central est d'ailleurs posée. Cependant, aux réticences ou aux difficultés rencontrées chez certaines femmes se conjuguent celles relevées chez une partie des médecins, celles-ci étant plus fréquentes chez les gynécologues. Certaines de ces réticences peuvent être vues comme la crainte d'une remise en cause de leur position, d'autres témoignent d'un attachement à une certaine qualité des soins et de la relation : crainte d'une évolution vers une pratique qui placerait les examens complémentaires avant l'examen clinique, qui imposerait une démarche standardisée pas forcément compatible avec toutes les situations et qui, se centrant sur l'organe et non sur la personne, serait contraire à l'idée de prise en charge globale du patient. Bien que les nouvelles modalités du protocole de dépistage aient été appréciées des gynécologues, ces réticences sont plus fréquemment exprimées par eux que par les généralistes. Par ailleurs, le fait que ces réticences persistent chez certains médecins exerçant depuis plus de 10 ans dans des départements avec dépistage organisé montrent qu'un effort de pédagogie doit certainement être développé pour répondre aux arguments de ces praticiens et entraîner leur adhésion. Parallèlement à une communication en direction du public, la communication en direction du corps médical ne doit donc certainement pas être négligée, y compris dans les départements où une organisation du dépistage est proposée depuis longtemps.

#### **CAREPS**

Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire  
20, rue Chenoise - 38000 GRENOBLE

Tél. : 04 76 51 10 56 Fax : 04 76 51 03 06 e-mail : [contact@careps.org](mailto:contact@careps.org)

## Editorial

Forte de ses compétences en santé publique, en prévention et en épidémiologie, l'Union Régionale des Médecins Libéraux de la région Rhône-Alpes se doit de participer à la politique de dépistage des cancers, impératif de santé publique s'il en est un. D'autant qu'il s'agit d'un des trois chantiers nationaux lancé par le Président de la République. Jacques CHIRAC avait d'ailleurs invité les Présidents d'Union à l'Élysée le 24 mars 2003 à l'occasion de la semaine nationale de lutte contre le cancer avec la promesse de généraliser le dépistage du cancer du sein à toutes les femmes de 50 à 74 ans, avant la fin de l'année. Actuellement 60 départements en France proposent le dépistage par mammographie contre 30 en 2001.

Le cancer du sein, première cause de mortalité par cancer chez la femme, est responsable en Rhône-Alpes de 5 297 décès par an ; 3 186 nouveaux cas étant découverts chaque année. L'incidence de cette affection est en augmentation (de 68 à 78 /100 000 en 10 ans). De nombreux décès par cancer du sein seraient évitables si le dépistage organisé pouvait toucher toutes les femmes. 700 000 femmes sont concernées par le dépistage en Rhône-Alpes.

C'est en partenariat avec la DRASS et l'URCAM par le biais d'un financement spécifique du FAQSV que l'URML RA a participé à cette grande opération. L'étude de l'Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes se déroulant en deux phases : une première phase concernant les filières d'accès à la mammographie et une seconde phase s'intéressant au contenu de la consultation, à la démarche de dépistage, aux difficultés et aux freins éventuels.

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

L'aboutissement de cette campagne et de ce travail est d'atteindre un taux de dépistage le plus élevé possible. En effet, une participation d'au moins 60 % des patientes est nécessaire afin d'obtenir une réduction significative de la mortalité. Notre but est de toucher la population des femmes qui n'accèdent pas aujourd'hui au dépistage pour de multiples raisons, l'intérêt de ces programmes de dépistage n'étant plus à démontrer.

C'est ce à quoi s'est attelée l'Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes sous la houlette du Docteur Emile OLAYA.

Dr Jacques CATON  
Président de l'URML Rhône-Alpes

\*\*\*\*

En 1998, le Pr Maurice Tubiana soulignait devant l'Académie de Médecine : *« 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.

En Rhône Alpes, on estime à plus de 3000 le nombre de nouveaux cas chaque année. Plus de 350 décès de cette nature pourraient être évités dans notre région chaque année selon les mêmes études.

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. En particulier, la plupart des observateurs admettent qu'un taux d'adhésion des femmes au dépistage de 60% est indispensable pour obtenir une baisse significative de la mortalité. Ce taux n'a été que rarement atteint. 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 donc considérables pour tous les acteurs de santé.

L'URML Rhône Alpes ne peut être un observateur passif d'un projet de santé publique d'une telle envergure et dont le succès conditionnera peut être 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 à nos yeux importants que nous puissions savoir à moyen terme si les dispositifs de généralisation de ce dépistage ont permis de mieux toucher la population qui ne s'y soumettait pas actuellement.

Les difficultés matérielles et humaines d'un dépistage généralisé sont mieux connues grâce aux études dans certains sites expérimentaux. Dans cette période de mise en place, il était important que nous évaluions les freins techniques et psychologiques dans la pratique quotidienne des médecins généralistes et gynécologues, premiers contacts avec la population concernée. Cette meilleure connaissance permettra aux acteurs régionaux de santé publique et, en particulier pour ce qui la concerne à l'URML RA, de proposer les adaptations du dispositif et de conduire les actions de formation, d'information, d'incitation utiles.

Dr Emile OLAYA  
Président de la Section des médecins généralistes URML Rhône-Alpes



# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	<b>p. 1</b>
<b>OBJECTIFS</b>	<b>p. 3</b>
<b>METHODE</b>	<b>p. 5</b>
<b>ENQUETES PAR QUESTIONNAIRES : TAUX DE PARTICIPATION ET DESCRIPTION DES PARTICIPANTS</b>	<b>p. 10</b>
I - Taux de participation	p. 11
II - Caractéristiques des participants	p. 12
<b>ENQUETES PAR QUESTIONNAIRES : RESULTATS</b>	<b>p. 17</b>
<b>A - ANALYSE DU QUESTIONNAIRE MEDICAL</b>	<b>p. 18</b>
I - Pratique générale en matière de prévention	p. 18
II - Implication des médecins dans le dépistage du cancer du sein	p. 22
III - Difficultés rencontrées pour l'abord du dépistage avec les patientes	p. 25
IV - Difficultés rencontrées par les médecins pour convaincre les patientes	p. 27
V - Adhésion au programme de dépistage organisé du cancer du sein	p. 29
VI - Besoins exprimés en matière de formation-information	p. 36
VII - Commentaires généraux et souhaits exprimés	p. 38
<b>B - ANALYSE DES DOSSIERS PATIENTES</b>	<b>p. 39</b>
I - Couverture mammographique des patientes	p. 39
II - Motifs et modalités des mammographies récemment réalisées	p. 41
III - Caractéristiques des patientes	p. 42
IV - Antécédents et suivi médical des patientes non ou mal dépistées	p. 44
V - Contenu de la consultation	p. 51
<b>GROUPES DE PAROLE</b>	<b>p. 65</b>
I - Rappel de la méthode	p. 66
II - Restitution des groupes	p. 68
<b>SYNTHESE DES RESULTATS</b>	<b>p. 77</b>
<b>CONCLUSIONS</b>	<b>p. 87</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>p. 92</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>p. 94</b>



# INTRODUCTION

## INTRODUCTION

Le cancer du sein constitue la première cause de mortalité par cancer chez la femme et son incidence est en augmentation.

Le Ministère de la Santé a souhaité généraliser dès 2001 à l'ensemble du territoire le dépistage organisé du cancer du sein, jusque là proposé uniquement dans 32 départements pilotes, au rang desquels trois départements rhônalpins (Rhône, Isère, Loire). Les cinq autres départements de Rhône-Alpes devant donc, à très court terme, "basculer" d'une pratique actuelle de dépistage individuel vers une pratique de dépistage organisé.

Tous les acteurs s'accordent à considérer que le succès du dépistage organisé (obtention d'une participation minimum des femmes -60%- permettant d'envisager une réduction significative de la mortalité) repose sur sa capacité à amener au dépistage des femmes qui n'en bénéficiaient pas jusqu'alors (et non pas à opérer un simple "transfert" vers un cadre organisé de femmes précédemment dépistées à titre individuel). Se pose donc, clairement, le problème de la sensibilisation et de l'incitation de femmes, a priori en bonne santé, à pratiquer, sur un simple critère d'âge, un examen générateur d'angoisse (puisqu'il est susceptible de révéler la présence d'une maladie potentiellement mortelle), s'attachant de plus à un organe dont la puissance symbolique est particulièrement forte.

Tous les acteurs s'accordent également à considérer que le rôle du médecin traitant (généraliste ou gynécologue) dans l'incitation des femmes, en particulier celles qui sont les plus éloignées de l'idée de dépistage, est tout à fait déterminant.

Fort de sa légitimité dans les champs de la santé publique, de la prévention et de l'épidémiologie, l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes a considéré qu'elle se devait de participer à cet objectif de santé publique que constitue la promotion du dépistage des cancers.

Soutenue financièrement par l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) par le biais du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV), l'UPML Rhône-Alpes a notamment souhaité mieux cerner la place des médecins libéraux dans ce dépistage et, plus précisément, explorer les pratiques actuelles en matière de prescription ou d'incitation à la mammographie en analysant le "contenu" d'une consultation de dépistage, les difficultés rencontrées par le praticien, les représentations que s'en fait la femme, les leviers sur lesquels le médecin pourra s'appuyer, les freins qu'il lui faudra tenter de vaincre, les réticences que peut faire naître ce dépistage chez certains praticiens. Cette étude, réalisée par le CAREPS, vient en complément d'une première approche conduite auprès des radiologues par l'Observatoire Régional de Santé sur les filières d'accès à la mammographie.

## **OBJECTIFS**

## OBJECTIFS

### **OBJECTIF GENERAL**

- Décrire le déroulement actuel de la consultation de dépistage sénologique, selon qu'elle se situe dans un département proposant déjà un dépistage organisé ou dans un autre département, et comprendre les motivations et les difficultés pouvant conduire à telle ou telle attitude.

### **OBJECTIFS SPECIFIQUES**

- Analyser les caractéristiques de la consultation.
- Décrire la conduite du praticien en termes de prescription ou d'incitation.
- Analyser les éléments de contexte pouvant influencer sur son attitude (éléments médicaux, difficultés conjoncturelles, difficultés propres à sa pratique, réticences rencontrées chez la patiente, etc).
- Repérer la nature des réticences les plus fréquemment rencontrées chez les femmes.
- Mettre en parallèle la conduite tenue et la "sensibilité" à la prévention relevée chez la patiente d'une part, chez le praticien d'autre part.
- Etudier ces différents éléments en fonction de certains paramètres propres à la patiente (département, milieu urbain ou rural, milieu social, âge) ou au médecin (âge, sexe, type d'exercice, exercice individuel ou de groupe, travail en réseau, formation complémentaire, etc).
- Analyser la position des médecins en matière de dépistage organisé du cancer du sein (avantages et inconvénients, adhésion au programme).
- Recueillir les souhaits des médecins en termes d'information, de formation, de reconnaissance, de modalités de collaboration avec la structure départementale de gestion.

### **OBJECTIF SECONDAIRE**

- Proposer une mesure de la couverture mammographique des femmes de la tranche d'âge considérée dans la clientèle des médecins (malgré les limites méthodologiques) et la comparer aux mesures émanant d'autres sources.

## **METHODE**

## METHODE

### **I - SCHEMA GENERAL**

- Enquête auprès d'un échantillon de 263 médecins libéraux volontaires, généralistes (178) et gynécologues (85).
- Collecte d'informations par les médecins participants, durant 2 semaines, portant sur toutes les consultantes âgées de 50 à 74 ans : informations très succinctes pour les femmes ayant passé une mammographie dans les 24 mois écoulés, informations beaucoup plus détaillées (fiches patientes) pour les femmes n'ayant pas passé de mammographie dans les deux ans (jusqu'à un maximum de 7 fiches).
- Auto-questionnaire quantitatif rempli par les médecins sur les difficultés rencontrées et les réticences observées.
- Approche qualitative complémentaire : 5 groupes de parole avec des généralistes et des gynécologues.

Comme c'est le cas pour la plupart des enquêtes conduites en médecine, la méthode proposée expose à deux biais que l'on s'est efforcé de contrôler et de minimiser, sans pouvoir les supprimer totalement.

- *un biais de sélection* : bien que l'échantillon des médecins sollicités ait été aléatoire, n'ont cependant participé, par définition, que des médecins volontaires. Or, il est à craindre que la participation de certains aient été incitée par des facteurs en relation avec le thème étudié : sensibilité particulière vis-à-vis de la prévention, position de principe par rapport au dépistage organisé (partisans ou, au contraire, détracteurs). D'autres facteurs tels que le volume d'activité, l'âge, le sexe ont également pu jouer dans le souhait de participer ou non à l'étude et ont pu conduire à un échantillon sélectionné. Certains éléments ont été mis en œuvre pour tenter de limiter ce biais : attention particulière apportée à la clarté et au pouvoir incitatif de la lettre d'accompagnement spécifiant les objectifs de la recherche, indemnisation correcte pouvant inciter à la participation des médecins ayant une opinion réservée vis-à-vis du dépistage, contrôle, sur certaines variables, de l'écart entre l'échantillon et la population-mère.
- *un biais d'observation* : il est en effet classique de considérer que le simple fait d'être inclus dans une étude peut amener certains praticiens à infléchir leur attitude et à accorder plus d'attention au dépistage. Cet écueil a été souligné auprès des participants à qui il était demandé de demeurer, le plus possible, dans leur pratique habituelle. Enfin, certaines questions ont permis de mesurer les changements d'attitude spécifiquement occasionnés par la participation à l'étude.

## **II - DETAIL DE LA METHODE**

### **1 - Echantillonnage**

L'objectif était d'obtenir un échantillon de 200 généralistes et 100 pédiatres volontaires.

Pour ce faire, un échantillon aléatoire d'omnipraticiens (généralistes et médecins à exercice particulier) a été tiré au sort parmi les 6 202 praticiens identifiés par le fichier ADELI communiqué par la DRASS. En fait, plusieurs échantillons aléatoires successifs ont été tirés jusqu'à obtention du nombre de généralistes souhaité. Le tirage au sort était stratifié sur le département. Au total, 850 omnipraticiens ont été sollicités, soit environ 14% de l'ensemble. Parallèlement, tous les gynécologues libéraux de la région (477) ont été sollicités.

Au terme de cette étape, qui s'est échelonnée de juin à octobre 2002, 215 généralistes et 105 gynécologues ont fait acte de candidature. Cependant, un certain nombre de désistements secondaires se sont opérés chez les volontaires et, finalement, le nombre de participants a été de 178 chez les généralistes et de 85 chez les gynécologues.

Ces médecins ont reçu un courrier d'information et de sensibilisation de l'UPML insistant sur l'intérêt d'un taux de participation le plus élevé possible et sur le fait que l'étude ne devait pas uniquement s'appuyer sur des médecins partisans du dépistage organisé, la parole de ses détracteurs devant également être entendue. Accompagnant le courrier, un résumé extrêmement succinct du protocole permettait aux médecins sollicités de se faire une idée de la charge de travail. Les conditions d'indemnisation étaient également précisées. Cette lettre était accompagnée d'un coupon-réponse et d'une enveloppe T.

### **2- Collecte de l'information et suivi de la participation**

#### ***a) Documents de notification***

Les médecins volontaires ont reçu un cahier contenant :

- le protocole d'étude,
- 7 fiches patientes (femmes n'ayant pas passé de mammographie dans les 24 mois),
- 1 fiche permettant de dénombrer les patientes non incluses (mammographies depuis moins de 2 ans) et de colliger quelques informations succinctes à leur sujet,
- 1 auto-questionnaire.

Ces documents ont été élaborés en collaboration avec un groupe de travail de l'UPML à partir d'un premier document, construit par l'Observatoire Régional de Santé Rhône-Alpes, qui a été très sensiblement remanié.

### **Fiches patientes**

L'objectif était d'étudier la relation entre le médecin et sa patiente lors de la consultation. Les médecins avaient à remplir, durant une période de 2 semaines, pour les 7 premières patientes de la tranche d'âge considérée n'ayant pas passé de mammographie dans les 2 années précédentes, une fiche permettant d'étudier :

- les caractéristiques de la patiente (âge, catégorie socio-professionnelle),
- la régularité du suivi médical et le suivi mammographique antérieur,
- les caractéristiques de la consultation (motif, durée),
- les antécédents sénologiques,
- les actes de prévention (hors sénologie) éventuellement réalisés dans le passé ou au cours de la consultation,
- la conduite tenue en matière de dépistage sénologique : palpation des seins, abord du thème du dépistage, incitation et/ou prescription d'une mammographie,
- les raisons qui ont pu motiver telle ou telle attitude,
- les difficultés / réticences relevées ou suspectées chez la patiente : difficultés matérielles, sociales, médicales, représentations, angoisse générée...

### **Fiches "non incluses"**

L'objectif était de restituer l'ensemble de l'activité des médecins interrogés en matière de dépistage. Pour ce faire, il leur a été demandé de recenser toutes les femmes de la tranche d'âge considérée non incluses dans l'étude du fait d'un dépistage effectué au cours des 24 derniers mois et de fournir quelques informations (âge, antécédents sénologiques, contexte du dépistage).

### **Questionnaire médical**

L'objectif était d'étudier les représentations du médecin, sa pratique habituelle et les difficultés qu'il pouvait être amené à rencontrer. Un questionnaire essentiellement quantitatif (questions fermées complétées par quelques questions ouvertes) était proposé aux participants :

- caractéristiques du médecin (âge, sexe, taille de la commune, cabinet de groupe ou non, exercice particulier, réseau...),
- implication personnelle habituelle en matière de prévention,
- positionnement par rapport au dépistage sénologique organisé,
- compétences en matière de prévention (formation...),
- obstacles rencontrés par le médecin dans le cadre de ce dépistage,
- réticences observées chez les patientes,
- souhaits en matière de formation - information

#### ***b) Suivi de la participation***

- l'envoi des cahiers s'est échelonné de septembre à novembre 2002, leur réception d'octobre 2002 à fin février 2003,
- une relance postale a été effectuée en octobre 2002 auprès des médecins qui, une quinzaine de jours après la date de fin d'étude n'avaient toujours

pas retourné leur cahier de notification au moyen de l'enveloppe pré-affranchie fournie (un numéro d'anonymat permettait d'identifier les non répondants),

- Ultérieurement des relances téléphoniques ont été réalisées,
- le nombre de questionnaires remplis par chaque médecin a été communiqué, en vue de leur indemnisation, à l'UPML.

### **3- Groupes de parole**

Il a paru intéressant d'adjoindre à cette étude essentiellement quantitative une approche purement qualitative (bien que les questionnaires médicaux aient déjà cette dimension qualitative). Cinq groupes de parole, rassemblant chacun 7 participants, ont été organisés en soirée. Ceux-ci ont été sollicités en privilégiant les participants à l'étude "quantitative" et en complétant par un échantillon aléatoire.

- 1 groupe de généralistes de l'Ardèche à Annonay : département ne disposant pas de dépistage organisé et où la parole des médecins ruraux pouvait également être entendue.
- 1 groupe de généralistes de l'Isère à Grenoble : département disposant d'un dépistage organisé des cancers du sein, du col utérin et du colon-rectum depuis 1991 et où le protocole impose à la femme une consultation préalable quasi obligatoire chez le médecin avant de se rendre dans le cabinet de radiologie.
- 1 groupe de généralistes du Rhône à Lyon : département disposant d'un dépistage organisé du cancer du sein depuis 1987 où le protocole permet un accès direct de la femme au cabinet de radiologie.
- 1 groupe de gynécologues de l'Isère à Grenoble.
- 1 groupe de gynécologues de Haute-Savoie à Annecy : département ne disposant pas encore, au moment de l'étude, d'un dépistage organisé.

Ces cinq groupes se sont tenus entre mars et avril 2003.

### **4- Analyse**

Après saisie sur logiciel EPI-INFO (double saisie vérifiée), les données chiffrées ont été exploitées sous logiciel SPSS. Les résultats des enquêtes par questionnaires ont été systématiquement pondérés de manière à gommer les effets d'une participation hétérogène selon le département. L'analyse a utilisé les tests statistiques usuels pour la comparaison des pourcentages ( $\chi^2$  avec éventuelle correction de Yates, test exact de Fisher) et la comparaison des moyennes (analyse de variances, test de Student).

S'agissant des groupes de parole, une analyse de contenu est proposée.

**ENQUETES PAR QUESTIONNAIRES :**  
**TAUX DE PARTICIPATION ET**  
**DESCRIPTION DES PARTICIPANTS**

## I - TAUX DE PARTICIPATION

Rappelons, comme cela a été spécifié dans le chapitre méthode du rapport, que l'objectif était d'obtenir un échantillon de 200 généralistes et 100 gynécologues volontaires et que, pour ce faire, un **échantillon aléatoire de 850 généralistes** (sur un total de 6 202) a été tiré au sort, soit environ 14% de l'ensemble des généralistes. Le tirage au sort était stratifié sur le département. Parallèlement, **tous les gynécologues libéraux de la région** (477) ont été sollicités.

Au terme de cette étape, **215 généralistes et 105 gynécologues ont fait acte de candidature**. Cependant, un certain nombre de désistements secondaires se sont opérés chez les volontaires et, finalement, le nombre de participants a été de 178 chez les généralistes (**21%** des médecins sollicités et 3% de l'ensemble des généralistes de la région) et de **85 chez les gynécologues** (**18%** des gynécologues sollicités et donc 18% des praticiens de la région).

Selon le département, le taux de participations fluctue de 10% (Ain) à 29% (Loire) chez les généralistes et de 7% (Ardèche) à 27% (Haute-Savoie) chez les gynécologues. Compte-tenu de la relative lourdeur de l'étude, ce taux peut être considéré comme très satisfaisant.

**Tableau A**  
Taux de participation des médecins généralistes selon le département

	Département d'exercice du médecin								Région
	01	07	26	38	42	69	73	74	
N sollicités	78	38	69	168	101	227	66	103	<b>850</b>
N répondants	8	7	14	32	29	51	16	21	<b>178</b>
<b>Taux de participation (%)</b>	<b>10.3</b>	<b>18.4</b>	<b>20.3</b>	<b>19.0</b>	<b>28.7</b>	<b>22.5</b>	<b>24.3</b>	<b>20.4</b>	<b>20.9</b>
Fraction interrogée (%)	1.7	2.4	3.0	2.5	3.9	2.9	3.5	2.9	<b>2.9</b>

**Tableau B**  
Taux de participation des gynécologues selon le département

	Département d'exercice du médecin								Région
	01	07	26	38	42	69	73	74	
N sollicités	21	14	30	112	41	176	31	52	<b>477</b>
N répondants	4	1	4	23	8	26	5	14	<b>85</b>
<b>Taux de participation (%)</b>	<b>19.0</b>	<b>7.1</b>	<b>13.3</b>	<b>20.5</b>	<b>19.5</b>	<b>14.8</b>	<b>16.1</b>	<b>26.9</b>	<b>17.8</b>
Fraction interrogée (%)	19.0	7.1	13.3	20.5	19.5	14.8	16.1	26.9	<b>17.8</b>

## II - CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS

### II.1 - Taille de l'agglomération d'exercice

La distribution des participants en fonction de la taille de l'agglomération d'exercice est illustrée ci-après. Elle est comparée aux chiffres fournis par le fichier ADELI de l'administration de la santé. On relève que les gynécologues de l'échantillon se distribuent parfaitement à l'image de la réalité régionale. Ainsi, 12% d'entre eux exercent dans une agglomération de moins de 20 000 habitants (9% dans la réalité), 30% exercent dans une agglomération de 20 000 à 200 000 habitants (33% dans la réalité) et 58% exercent dans les trois métropoles régionales : Lyon, Grenoble, St Etienne (58% dans la réalité).

Pour les généralistes, la distribution de l'échantillon laisse apparaître, par rapport à la réalité, une légère sur-représentation du secteur rural (moins de 2 000 habitants) : 20% contre 14% dans le fichier ADELI et, au contraire, une très discrète sous représentation des trois grandes métropoles (36% contre 40% dans la réalité).

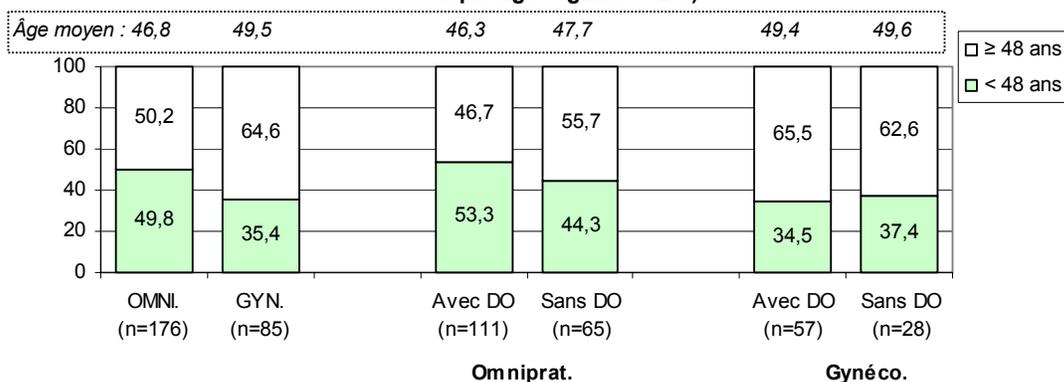
**Tableau C**  
Distribution de l'échantillon de médecins répondants en fonction de la taille de l'agglomération d'exercice (% pondéré) et comparaison avec les données régionales (source : fichier ADELI, DRASS Rhône-Alpes)

Taille de l'unité urbaine	Omnipraticiens		Gynécologues	
	Echantillon	Région RA	Echantillon	Région RA
Communes rurales	19.6	14.5	0.0	0.0
UU < 5000 hab.	9.0	6.2	2.7	1.1
UU de 5000 à 9999 hab.	6.0	5.8	4.7	2.7
UU de 10000 à 19999 hab.	6.8	5.3	4.7	4.8
UU de 20000 à 49999 hab.	7.4	9.5	12.0	11.2
UU de 50000 à 99999 hab.	5.1	8.0	9.8	9.7
UU de 100000 à 199999 hab.	10.5	10.7	7.9	12.6
UU ≥ 200000 hab.	35.6	40.0	58.3	57.9
EFFECTIFS	178	6294	85	475

### II.2 - Age

**L'âge moyen des généralistes ayant participé à l'étude est de 46.8 ans, celui des gynécologues 49.5 ans.** Chez ces derniers, les deux tiers ont 48 ans et plus, témoignage d'un indéniable vieillissement de la population. La distribution par âge ne diffère pas significativement entre les 3 départements disposant d'un dépistage organisé (par ailleurs plus urbanisés) et les 5 autres.

**Figure A**  
**Age des médecins participants (moyenne et %) selon la spécialité et le département (avec ou sans**  
**dépistage organisé : DO)**

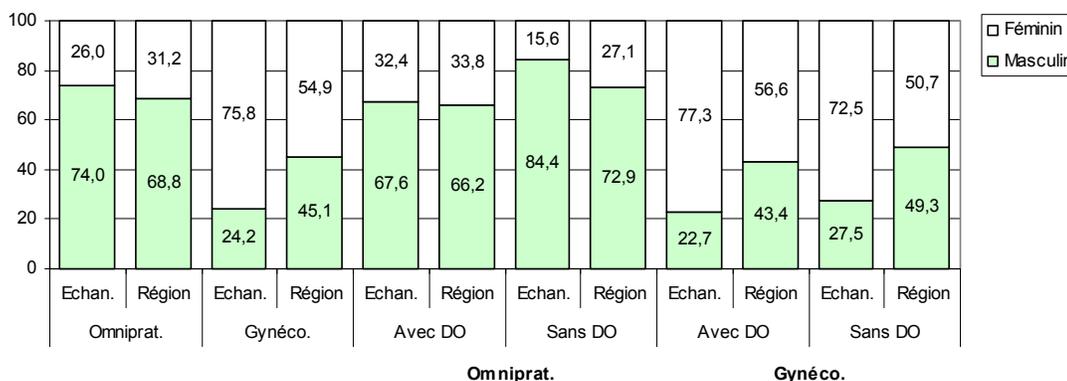


La distribution par âge des participants en fonction de différents paramètres (type d'exercice, sexe, secteur conventionnel, volume d'activité) est fournie dans les annexes I et II.

### II.3 - Sexe

Près des trois quarts des généralistes répondants sont de sexe masculin alors que les hommes ne représentent que 69% des généralistes en exercice dans la région (source : DRASS Rhône-Alpes). **Le taux de participation chez les généralistes a donc été légèrement supérieur chez les hommes que chez leurs consoeurs. C'est par contre le phénomène inverse qui est relevé chez les gynécologues avec une meilleure adhésion féminine** : les femmes représentent ici 76% des répondants alors qu'elles ne constituent que 55% de la profession. Chez les généralistes, la sur-représentation masculine n'est relevée que dans les départements sans dépistage organisé, chez les gynécologues par contre, la sur-représentation féminine est identique dans les départements avec dépistage organisé et dans les autres.

**Figure B**  
**Sexe des médecins participants selon la spécialité et le département (avec ou sans dépistage organisé) et**  
**comparaison avec les données régionales (source : fichier ADELI, DRASS Rhône-Alpes)**

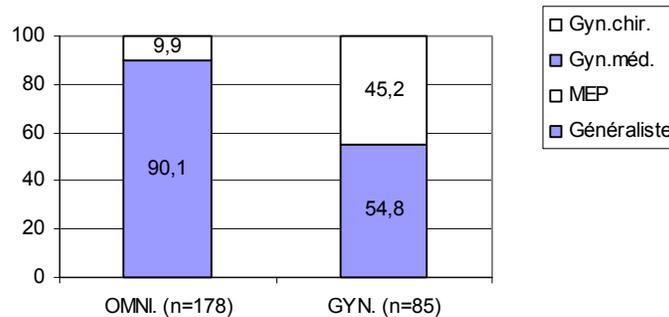


Le détail de la distribution par sexe en fonction de certains paramètres est fourni dans les annexes III et IV.

## II.4 - Type d'exercice

On relève que près de 10% des omnipraticiens répondants sont des médecins à exercice particulier (MEP), chiffre identique à celui communiqué par l'URCAM Rhône-Alpes (9.5%). Chez les gynécologues, 55% des répondants sont des gynécologues médicaux (qui ne constituent que 34% de la profession) et 45% des obstétriciens (qui représentent 66% de la profession). L'adhésion des gynécologues médicaux a donc été sensiblement plus forte.

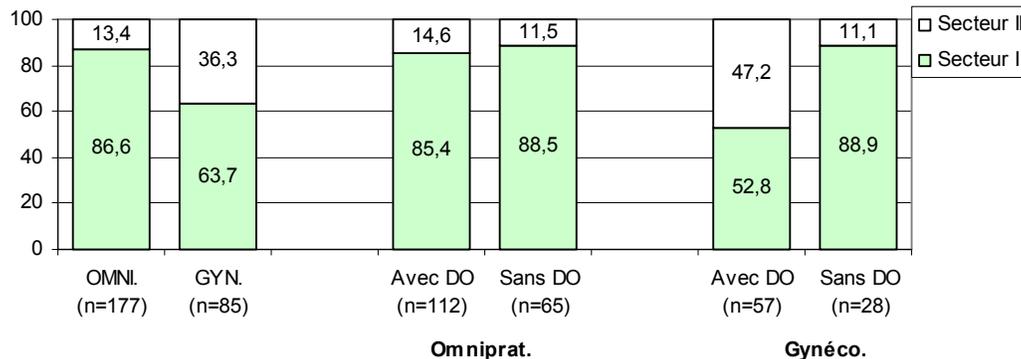
**Figure C**  
Type d'exercice des médecins participants selon la spécialité (%)



## II.5 - Secteur conventionnel

La proportion de généralistes en secteur conventionnel II (dépassements autorisés) est de 13% chez les répondants contre 19% parmi l'ensemble des généralistes de la région (source : URCAM). Chez les gynécologues, cette proportion est de 36% chez les répondants contre 47% au niveau régional. Dans les deux cas -et plus spécifiquement chez les gynécologues-, **l'adhésion des médecins en secteur II a donc été plus faible**. Chez les gynécologues, on remarquera la très forte part de praticiens en secteur II dans les départements où existe un dépistage organisé (47% contre 11% dans les autres). On rappelle qu'il s'agit de départements plus urbanisés.

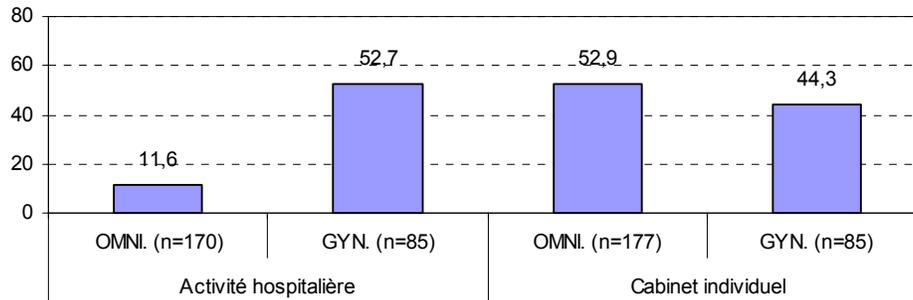
**Figure D**  
Secteur conventionnel des médecins participants selon la spécialité et le département (avec ou sans dépistage organisé)



## II.6 - Activité hospitalière parallèle et mode d'exercice

Chez les omnipraticiens, 12% des répondants exercent une activité hospitalière parallèle, cette proportion atteint 53% chez les gynécologues. Par ailleurs, la pratique de l'exercice en cabinet de groupe est légèrement plus répandue chez les gynécologues puisque la proportion de médecins exerçant en cabinet individuel y est plus faible que chez les généralistes (respectivement 44% et 53%).

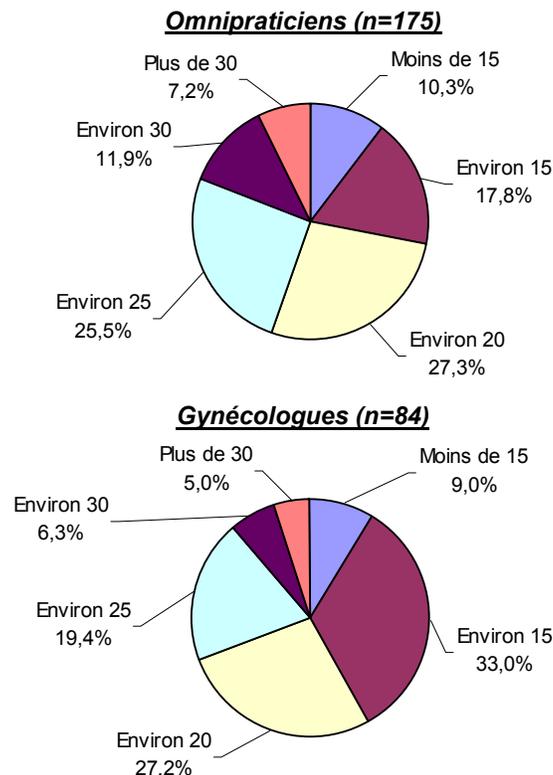
**Figure E**  
Activité hospitalière parallèle et mode d'exercice des médecins participants selon la spécialité (%)



## II.7 - Volume d'activité

Chez les généralistes, le nombre moyen habituel de patients est supérieur ou égal à 25 pour près de la moitié des répondants (47%). Cela n'est le cas que chez 31% des gynécologues.

**Figure F**  
Nombre moyen approximatif de patients vus quotidiennement par les médecins participants selon la spécialité (%)



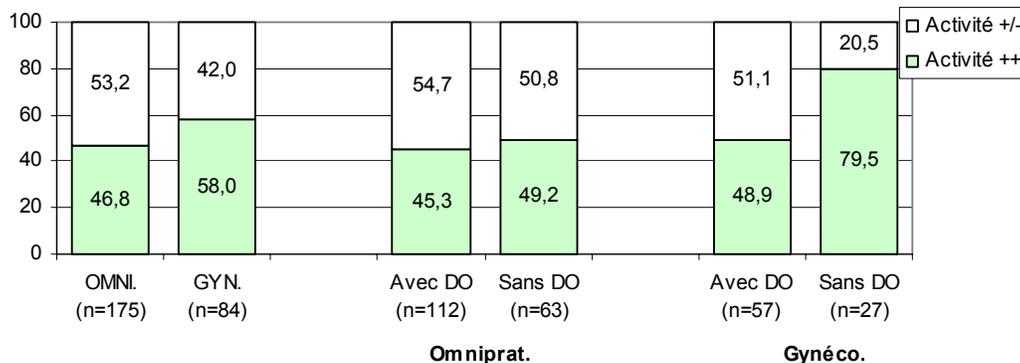
Une variable définissant une activité importante a été construite correspondant à :

- $\geq 25$  patients par jour chez les généralistes,
- $\geq 20$  patients par jour chez les gynécologues.

Les médecins ayant un tel volume d'activité représentent environ 50% de la profession (47% des généralistes et 58% des gynécologues) ; ils seront désignés dans les tableaux et figures sous l'appellation : activité ++. Les autres, ayant une activité moins importante, figureront sous l'appellation : activité +/-.

Chez les gynécologues, l'écart entre les départements avec dépistage organisé (départements urbanisés) et les autres est très fort (avec beaucoup plus de praticiens ayant un important volume d'activité dans les départements sans dépistage organisé).

**Figure G**  
**Volume d'activité des médecins participants selon la spécialité et le département (avec ou sans dépistage organisé) (%)**



La ventilation de l'activité du médecin en fonction de certaines de ses caractéristiques est fournie en annexes VII et VIII.

**ENQUETES PAR QUESTIONNAIRES**

**RESULTATS**

## A - ANALYSE DU QUESTIONNAIRE MEDICAL

Rappelons que le cahier de notification remis aux participants comprenait d'une part des "fiches patientes" et, d'autre part, un questionnaire rempli par le médecin et destiné à recueillir son attitude générale et sa perception globale en matière de prévention et, plus spécifiquement, de dépistage du cancer du sein.

### I - PRATIQUE GENERALE EN MATIERE DE PREVENTION

Une série de questions tentait de caractériser la pratique habituelle des médecins en matière de prévention. Ces questions permettront de définir 2 groupes de praticiens : ceux qui adoptent une pratique régulière de prévention et les autres qui le font moins systématiquement.

#### I.1 - Pratique préventive non liée au dépistage des cancers gynécologiques

D'après leurs déclarations, 9 généralistes sur 10 adoptent plus ou moins régulièrement certaines attitudes préventives ou suivent régulièrement des formations. Il paraît cependant plus intéressant de considérer ceux qui le font de manière très régulière. On voit ainsi que près de 80% des généralistes proposent très régulièrement à leurs patientes âgées une vaccination anti-grippale tandis que 50% environ leur proposent très régulièrement une vaccination antitétanique. De même, plus de la moitié des généralistes abordent le sujet de la consommation de tabac face à un(e) patient(e) concerné(e) du fait de son âge ou de ses habitudes ; 40% évoquent dans ces conditions très régulièrement le dépistage du diabète de type II. Enfin, 38% participent très régulièrement à des formations médicales continues ou à d'autres formations. A noter que 32% des généralistes ont participé à une formation sur le dépistage du diabète de type II au cours des 5 dernières années. Chez les gynécologues, si la participation à des FMC est répandue (47% y assistent très régulièrement), de même que l'interrogation de la patiente sur sa consommation de tabac (abord très régulier pour 71%), en revanche seuls 10% abordent très régulièrement le dépistage du diabète face à une patiente a priori concernée du fait de ses habitudes (on note à ce sujet que 13% des gynécologues ont suivi une FMC sur le dépistage du DNID au cours des 5 dernières années). Enfin, seule une petite minorité de gynécologues proposent assez régulièrement une vaccination contre la grippe ou le tétanos à leurs patientes âgées et pratiquement aucun ne le fait très régulièrement (il est vrai que la clientèle des gynécologues est souvent relativement jeune).

Tableau 1  
Pratique des médecins en matière de prévention sur des thèmes non liés au dépistage des cancers gynécologiques selon la spécialité (% pondéré)

Pratique habituelle	Omnipraticiens (n=178)		Gynécologues (n=85)	
	Régulièrement	dont : très régulier <sup>†</sup>	Régulièrement	dont : très régulier <sup>†</sup>
Participe à des FMC ou autres formations	86.1	38.0	91.3	47.1
Propose vaccination contre la grippe à PA	94.9	79.5	12.7	1.4
Propose vaccination contre le tétanos à PA	92.9	52.3	4.3	0.0
Aborde consommation de tabac	96.9	55.1	98.8	71.4
Aborde dépistage diabète type II	95.5	40.4	57.1	10.3

## I.2 - Pratique préventive liée au dépistage des cancers gynécologiques

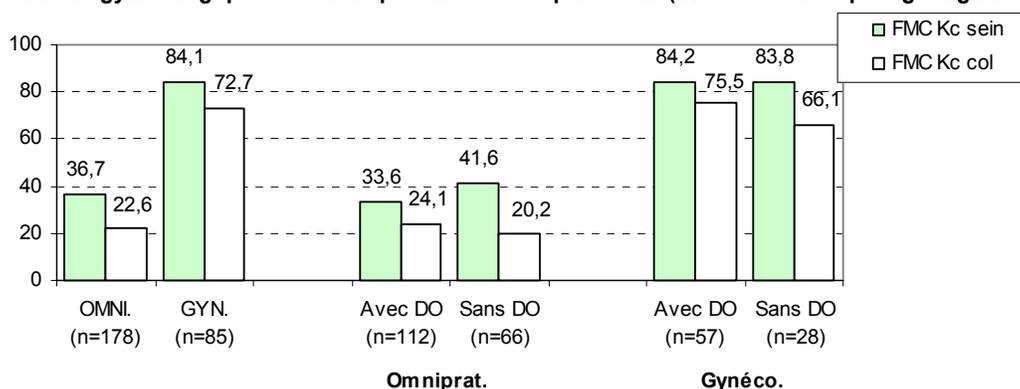
### a) *Formation au dépistage*

On observe que **37% des généralistes répondants et 84% des gynécologues ont suivi une formation au cours des 5 dernières années sur le dépistage du cancer du sein**. Ils sont un peu moins nombreux à en avoir suivi une sur le dépistage du **cancer du col utérin (respectivement 22% et 73%)**. On ne relève pas de différence significative entre les 3 départements où existe un dépistage organisé du cancer du sein et les 5 autres départements.

On note par ailleurs que les omnipraticiens ont été plus nombreux à suivre une formation sur le dépistage du diabète de type 2 (68%) qu'une formation sur le dépistage des cancers gynécologiques.

Quant aux gynécologues, le suivi d'une formation sur le dépistage des cancers féminins est très répandu (84% pour le cancer du sein, 73% pour le cancer du col), indépendamment du fait qu'il y ait ou non un dépistage organisé dans le département où ils exercent.

**Figure 1**  
Proportion de médecins ayant suivi durant les 5 dernières années une formation sur le dépistage des cancers gynécologiques selon la spécialité et le département (avec ou sans dépistage organisé)



Par ailleurs, chez les omnipraticiens, la proportion de médecins ayant suivi une formation sur le dépistage du cancer du sein au cours des 5 dernières années est significativement plus élevée chez les plus âgés (46%,  $p=0.02$ ), elle est également plus élevée -mais de manière non significative- chez les praticiens n'ayant pas d'exercice particulier -tel l'homéopathie, l'acupuncture- (46%) et les hommes (39%). Chez les gynécologues, cette proportion est plus élevée chez les gynécologues médicaux (93%,  $p=0.01$ ) et chez les femmes (89%,  $p=0.03$ ).

**Tableau 2**  
Proportion de médecins ayant suivi durant les 5 dernières années une formation sur le dépistage des cancers gynécologiques selon la spécialité, le type d'exercice, l'âge et le sexe du médecin

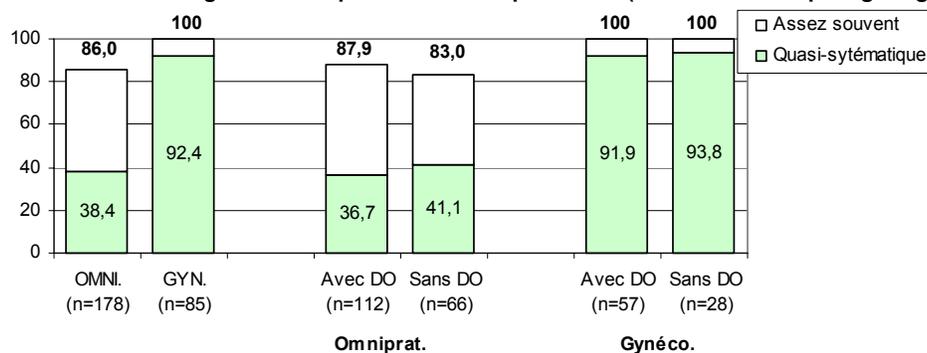
	Omnipraticiens						Gynécologues					
	MG	MEP	<48	≥48	H	F	MED	OBS	<48	≥48	H	F
FMC Kc sein	38.1	23.4	28.1	46.0	39.1	29.3	93.1	73.1	77.3	87.7	65.9	89.5
FMC Kc col	23.9	10.8	23.5	22.1	22.0	23.0	82.8	60.5	71.2	73.5	51.5	78.9
EFFECTIFS	160	18	88	88	129	47	46	39	31	54	20	64

## b) Abord du thème du dépistage

Face à une patiente concernée du fait de son âge, le thème du dépistage du cancer cervico-vaginal est abordé "assez souvent" par 86% des généralistes et 100% des gynécologues, il l'est de manière quasi systématique par 38% des premiers et 92% des seconds. L'existence ou non d'un programme de dépistage organisé du cancer du sein est sans incidence sur ces pratiques.

Figure 2

Proportion de médecins abordant régulièrement le dépistage du cancer du col utérin face à une patiente concernée du fait de son âge selon la spécialité et le département (avec ou sans dépistage organisé)



Chez les omnipraticiens, l'abord quasi systématique de ce thème est plus répandu chez les médecins à exercice particulier (bien que de manière non significative) et chez les femmes (51% contre 33% ; p=0.03). Chez les gynécologues par contre, le type d'exercice (médical ou obstétrical), l'âge et le sexe du praticien sont sans influence sur cette pratique.

Tableau 3

Proportion de médecins abordant régulièrement le dépistage du cancer du col utérin face à une patiente concernée du fait de son âge selon la spécialité, le type d'exercice, l'âge et le sexe du médecin

Dépistage Kc col	Omnipraticiens						Gynécologues					
	MG	MEP	<48	≥48	H	F	MED	OBS	<48	≥48	H	F
Quasi systématique	37.0	51.2	37.9	37.5	33.2	50.7	92.7	92.1	92.8	92.3	84.9	96.6
<b>Total souvent</b>	<b>86.9</b>	<b>78.4</b>	<b>88.6</b>	<b>83.1</b>	<b>81.7</b>	<b>97.8</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
EFFECTIFS	160	18	88	88	129	47	46	39	31	54	20	64

### I.3 - Valence prévention

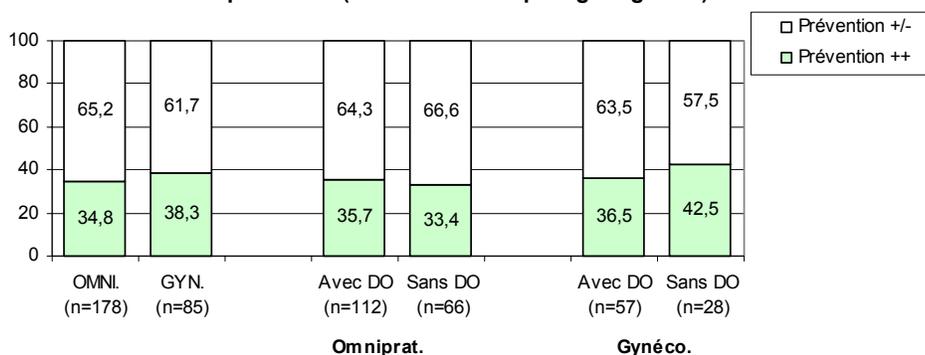
Une variable "valence prévention" a été construite à partir des différents items étudiés permettant de distinguer les praticiens adoptant une pratique régulière de prévention (notés "prévention ++") et les autres qui adoptent moins systématiquement une telle pratique ("prévention +/-"). Ont été considérés comme médecins ayant une forte valence prévention (prévention ++) les praticiens répondant aux critères suivants :

- **chez les omnipraticiens** : ceux qui ont suivi au cours des 5 dernières années une formation sur au moins 2 des 3 thèmes proposés (dépistage du cancer du sein, du cancer du col utérin, du diabète de type 2) et qui, par ailleurs, abordent avec leurs patients concernés du fait de leur âge ou de leurs habitudes au moins assez souvent l'ensemble des 5 thèmes proposés (vaccination contre la grippe et le tétanos, consommation de tabac, dépistage du cancer du col et du diabète de type 2), deux au moins de ces 5 thèmes étant abordés de manière quasi-systématique,

- **chez les gynécologues** : ceux qui ont suivi au moins 2 des 3 formations, qui par ailleurs abordent quasi systématiquement le dépistage du cancer du col et la consommation de tabac face à une patiente concernées du fait de son âge et ses habitudes et, enfin, qui abordent au moins assez souvent le thème du dépistage du diabète de type 2 face à une patiente concernée du fait de ses habitudes.

La proportion de ces médecins à forte valence prévention est pratiquement identique chez les omnipraticiens (35%) et les gynécologues (38%). Ces médecins se retrouvent par ailleurs en proportion tout à fait comparable dans les 3 départements urbanisés disposant d'un dépistage organisé du cancer du sein et dans les 5 autres départements.

Figure 3  
Proportion de médecins présentant ou non une forte valence prévention selon la spécialité et le département (avec ou sans dépistage organisé)



On note que cette valence prévention (telle qu'elle a été définie) est plus souvent retrouvée chez les omnipraticiens n'ayant pas un exercice particulier de la médecine (37% contre 18% ;  $p=0.08$ ), chez les plus âgés d'entre eux (42% contre 28% ;  $p=0.05$ ). Elle est par contre indépendante du sexe des médecins généralistes, de leur secteur conventionnel et de leur volume d'activité. Chez les gynécologues, cette valence prévention est très fortement liée au sexe (49% chez les femmes et 8% chez les hommes ;  $p<0.01$ ) et elle apparaît plus fréquente -bien que de manière non significative- chez les praticiens en secteur I (44% contre 28% ;  $p=0.12$ ).

Tableau 4  
Proportion de médecins présentant une forte valence prévention selon la spécialité, le type d'exercice, l'âge et le sexe

Prévention	Omnipraticiens						Gynécologues					
	MG	MEP	<48	≥48	H	F	MED	OBS	<48	≥48	H	F
Prévention ++	36.6	17.8	28.2	42.1	34.4	35.2	39.3	37.2	37.0	39.1	7.8	48.8
EFFECTIFS	160	18	88	88	129	47	46	39	31	54	20	64

Tableau 5  
Proportion de médecins présentant une forte valence prévention selon la spécialité, le secteur conventionnel et le volume d'activité

Prévention	Omnipraticiens				Gynécologues			
	Secteur		Activité		Secteur		Activité	
	I	II	++	+/-	I	II	++	+/-
Prévention ++	34.9	35.4	40.7	30.6	44.0	28.4	36.6	41.4
EFFECTIFS	153	24	79	96	56	29	50	34

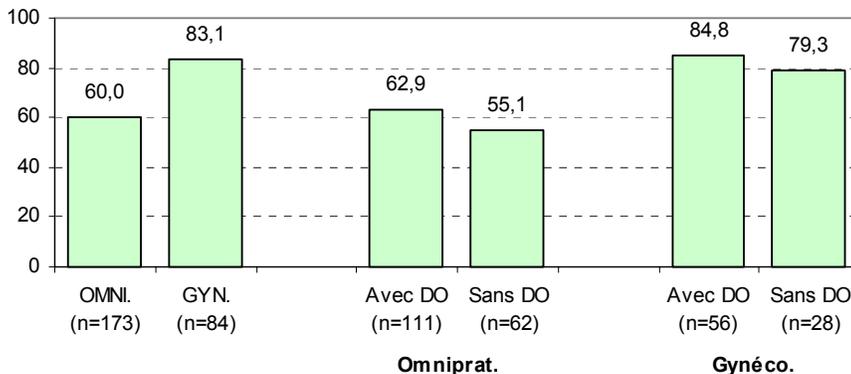
## II - IMPLICATION DES MEDECINS DANS LE DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN

### II.1 - Estimation par les médecins de la couverture des patientes

De manière approximative, les médecins interrogés estiment à 60% pour les omnipraticiens et à 83% pour les gynécologues la proportion de leurs patientes âgées de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'une mammographie de dépistage depuis moins de 2 ans. Cette proportion estimée ne diffère pratiquement pas selon que les médecins exercent dans un département avec dépistage organisé ou dans un autre département (63% contre 55% chez les généralistes, 85% contre 79% chez les gynécologues).

Figure 4

Estimation approximative par les médecins de la proportion de patientes de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'une mammographie de dépistage depuis moins de 2 ans selon la spécialité et le département (avec ou sans DO)



La proportion de femmes "couvertes" estimée par les généralistes (60%) est inférieure à celle calculée durant les 2 semaines d'observation (cf. fig. 16 : 73%). La proportion estimée par les gynécologues (83%) est par contre très proche de celle calculée (cf. fig. 16 : 82%). Enfin, les différentes estimations figurant dans ce rapport sont à rapprocher de celles effectuées au niveau régional à partir des données communiquées par l'URCAM : 52%<sup>1</sup>.

On remarquera que l'estimation réalisée par les médecins est totalement indépendante du type d'exercice, de l'âge, du sexe, de la valence préventive, du secteur conventionnel et du volume d'activité.

Tableau 6

Estimation approximative par les médecins de la proportion de patientes de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'une mammographie de dépistage depuis moins de 2 ans selon la spécialité, le type d'exercice, l'âge et le sexe du médecin

	Omnipraticiens						Gynécologues					
	MG	MEP	<48	≥48	H	F	MED	OBS	<48	≥48	H	F
<b>Moyenne</b>	<b>59.4</b>	<b>65.3</b>	<b>58.4</b>	<b>61.4</b>	<b>58.4</b>	<b>64.0</b>	<b>84.5</b>	<b>81.4</b>	<b>82.1</b>	<b>83.7</b>	<b>83.7</b>	<b>83.4</b>
EFFECTIFS	155	18	86	85	125	46	45	39	31	53	20	63

<sup>1</sup> CAREPS - DRASS Rhône-Alpes : Etat des lieux régional préalable à la généralisation du dépistage des cancers. Rapport N°339. Octobre 2001

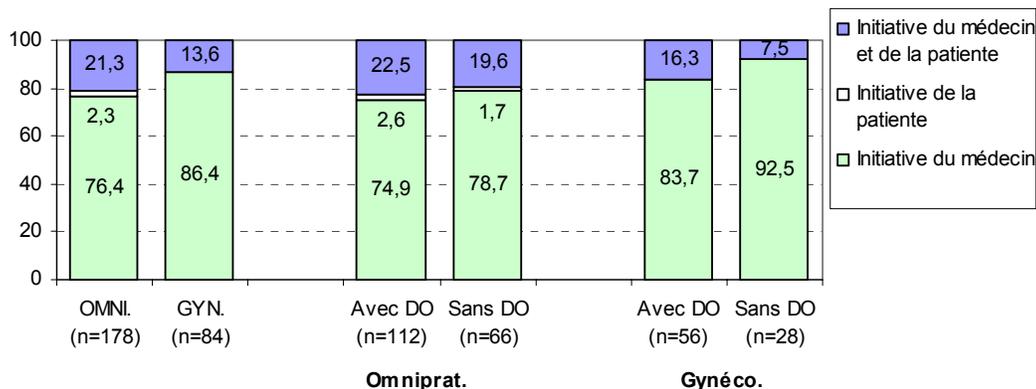
**Tableau 7**  
**Estimation approximative par les médecins de la proportion de patientes de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'une mammographie de dépistage depuis moins de 2 ans selon la spécialité, la valence prévention, le secteur conventionnel et le volume d'activité du médecin**

	Omnipraticiens						Gynécologues					
	Prévention		Secteur		Activité		Prévention		Secteur		Activité	
	++	+/-	I	II	++	+/-	++	+/-	I	II	++	+/-
<b>Moyenne</b>	<b>64.9</b>	<b>57.4</b>	<b>59.0</b>	<b>66.1</b>	<b>59.7</b>	<b>60.3</b>	<b>82.7</b>	<b>83.3</b>	<b>80.9</b>	<b>87.0</b>	<b>83.5</b>	<b>83.3</b>
<b>EFFECTIFS</b>	58	115	148	24	78	92	32	52	55	29	49	34

## II.2 - Implication du médecin lors de l'abord du thème

Lorsque le dépistage du cancer du sein est abordé au cours d'une consultation, le médecin en est pratiquement toujours à l'initiative, soit qu'il agisse à son entière initiative (76% des cas chez les généralistes, 86% chez les gynécologues), soit qu'il s'agisse d'une initiative commune du médecin et de sa patiente (respectivement 21% et 14%). **L'abord du thème à la seule initiative de la patiente demeure donc tout à fait exceptionnel (2% des cas chez les généralistes), qu'il existe ou non un dépistage organisé dans le département.**

**Figure 5**  
**Personne à l'initiative de l'abord du thème du dépistage du cancer du sein (%) en fonction de la spécialité et du département (avec ou sans dépistage organisé)**



On pourra cependant noter que **les généralistes ayant une forte valence prévention abordent plus souvent que les autres ce thème de leur seule initiative (85% contre 72% ; p=0.05), ce qui n'est pas le cas chez les gynécologues.**

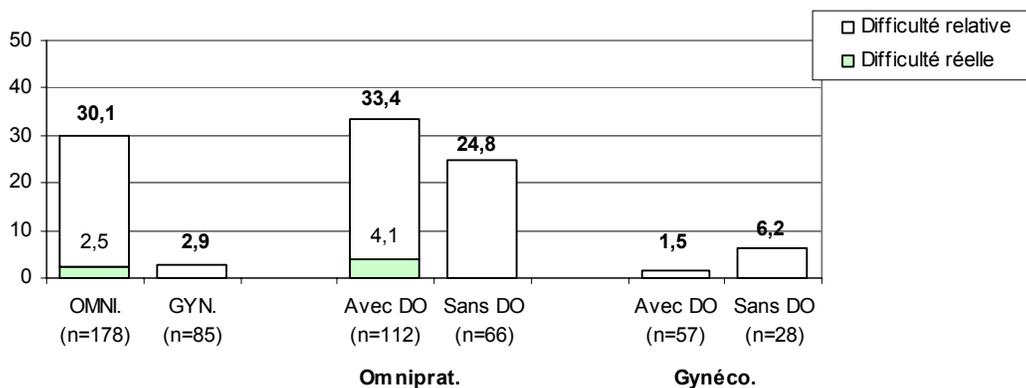
**Tableau 8**  
**Personne à l'initiative de l'abord du thème du dépistage du cancer du sein (% pondéré) en fonction de la spécialité et de la valence prévention du médecin**

Personne à l'initiative de l'abord du dépistage	Omniprat.		Gynéco.	
	Prévention		Prévention	
	++	+/-	++	+/-
le médecin	85.1	71.7	89.9	84.1
la patiente	1.9	2.5	0.0	0.0
le médecin et la patiente	13.0	25.8	10.1	15.9
<b>EFFECTIFS</b>	61	117	32	52

Lorsqu'une patiente aborde d'elle-même le thème du dépistage, **l'attitude la plus générale est de donner à la patiente "dans la foulée" les explications nécessaires** : 85% des généralistes et 100% des gynécologues agissent ainsi tandis que 13% des généralistes disent adopter une attitude très variable et que **seuls 1% d'entre eux proposent un autre rendez-vous**. On ne relève pas de différence dans les attitudes selon qu'il existe ou non un dépistage organisé. On note enfin que les généralistes ayant une forte valence prévention sont plus nombreux que les autres à fournir sur le champ les explications souhaitées (92% contre 82% ;  $p=0.08$ ).

Par ailleurs, **le fait que certaines patientes abordent le thème du dépistage alors qu'elles sont venues consulter pour un autre motif représente une difficulté pour 30% des généralistes** (plus souvent lorsqu'ils exercent dans un département disposant d'un dépistage organisé : 33% contre 25% dans le cas contraire). Cependant, **cette difficulté n'est qu'exceptionnellement décrite comme importante**, de même qu'elle n'est qu'exceptionnellement signalée par des gynécologues (3%).

**Figure 6**  
Proportion de médecins jugeant que l'abord du dépistage par des patientes venues consulter pour un autre motif représente une difficulté selon la spécialité et le département (avec ou sans dépistage organisé)

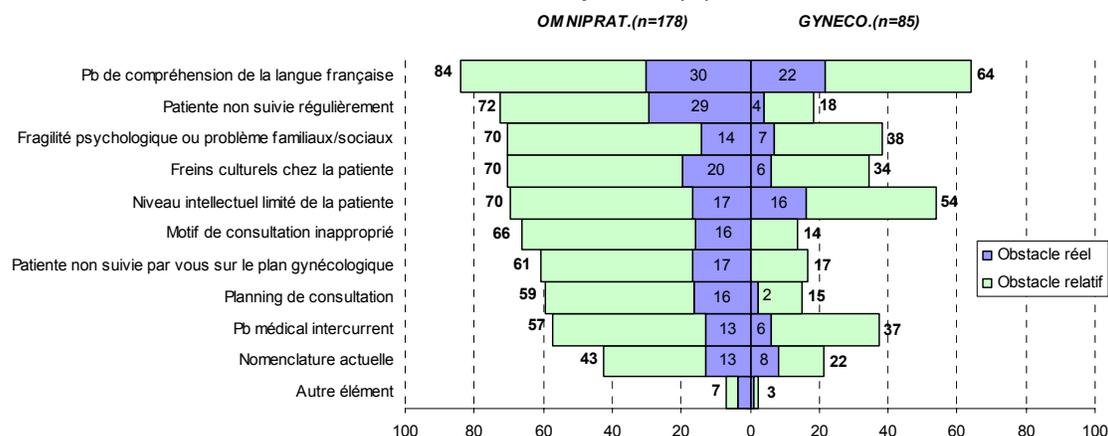


Enfin, bien que la différence ne soit pas statistiquement établie, il apparaît que cette difficulté est un peu moins souvent pointée par les généralistes ayant une forte valence prévention (25% contre 32% chez les autres médecins).

### III -DIFFICULTES RENCONTREES POUR L'ABORD DU DEPISTAGE AVEC LES PATIENTES

De nombreux éléments peuvent constituer une difficulté pour aborder le thème du dépistage avec la patiente, celles-ci peuvent être liées soit à la femme soit au praticien. Cependant, ces éléments ne représentent un obstacle *réel* que pour une minorité de médecins, en particulier chez les spécialistes. **Chez les gynécologues, seuls deux points représentent un obstacle réel pour une fraction significative de praticiens : la mauvaise compréhension de la langue française par la patiente (22%) et un niveau intellectuel limité (16%).** Pour les **généralistes**, les éléments pointés comme obstacles réels sont plus divers. Si deux ressortent aux yeux de 30% des médecins (**maîtrise de la langue et patiente occasionnelle**), plusieurs autres sont cités par une fraction non négligeable de praticiens (de 13% à 20%) : freins culturels, niveau intellectuel, suivi gynécologique non assuré par le généraliste, motifs de consultation inapproprié, planning des consultations, fragilité psychologique, problèmes intercurrents et, pour finir, inadaptation de la nomenclature à une consultation de prévention.

**Figure 7**  
Eléments considérés par les médecins comme un obstacle pour aborder le thème du dépistage du cancer du sein selon la spécialité (%)



L'âge n'intervient pas significativement dans ces réponses (annexe IX), pas plus que le fait qu'il y ait ou non un dépistage organisé dans le département (annexe X). Par contre **le sexe peut influencer les réponses des généralistes** (annexe XI) : les hommes sont plus nombreux à pointer comme obstacle réel le fait qu'il s'agisse d'une patiente occasionnelle (33%) ou d'une patiente non suivie par eux sur le plan gynécologique (19%) ; ils invoquent aussi plus souvent un planning de consultation trop chargé (19%) ou une nomenclature inadaptée (16%). Enfin, **le profil du médecin en matière de prévention joue également un rôle chez les généralistes** (annexe X), rôle non retrouvé chez les gynécologues : les praticiens ayant une valence prévention modérée sont plus nombreux à pointer l'obstacle constitué par le planning de consultation chargé (19%) et la nomenclature inadaptée (16%).

*Dans leurs commentaires libres, portés par environ 20% des généralistes et gynécologues participants (soit une soixantaine de professionnels), les généralistes pointent principalement deux types d'obstacles. Les freins liés à la patiente elle-même sont les plus fréquemment évoqués : implication insuffisante de cette dernière, environnement socioculturel rendant l'abord du thème plus ou moins facile pour le médecin, âge très avancé de la patiente, ou encore difficultés liées à la langue. Est également mentionné le fait que ce sujet peut être difficile à aborder chez les patientes qui ont compté, dans leur famille, un cas de cancer. Les médecins généralistes interrogés mettent également l'accent sur des facteurs plus organisationnels, le plus souvent cité étant le nomadisme médical de certaines patientes : « que se passe-t-il si la patiente dit être suivie par un médecin mais, que dans les faits, elle ne l'est pas régulièrement ? ». Est également cité le fait que certaines patientes n'apportent pas systématiquement les clichés des mammographies. Toutefois, de nombreux commentaires positifs soulignent le fait que le dépistage organisé a permis une banalisation de ce thème et a ainsi facilité son abord au cours de la consultation.*

*Quant aux gynécologues, ils sont nombreux à déclarer dans leurs commentaires que l'abord du thème ne leur pose aucun problème particulier puisqu'il s'agit là de leur pratique habituelle : « en tant que gynécologue, je ne rencontre pas d'obstacle pour parler du dépistage du cancer du sein et pour prescrire systématiquement une mammographie tous les deux ans ». Toutefois, quelques commentaires épars font état de difficultés. Le manque de temps est la contrainte la plus fréquemment citée : « trop de travail, l'esprit n'a pas suffisamment de lucidité pour imposer ce thème de façon systématique » ou encore : « le seul vrai problème est la durée des consultations de ce type qui varie de 25 à 45 minutes ».*

#### IV - DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES MEDECINS POUR CONVAINCRE LES PATIENTES

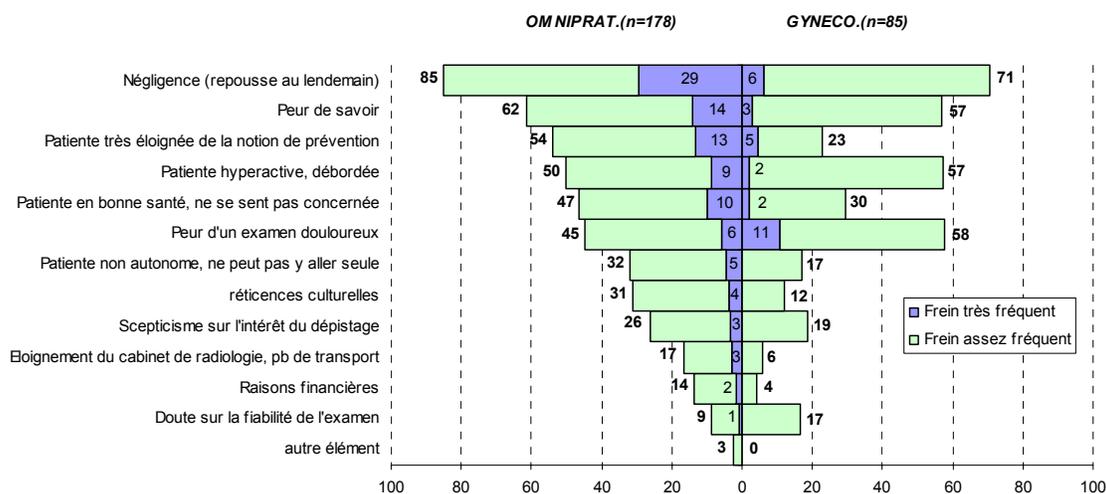
Plusieurs éléments sont pointés par une majorité de médecins comme pouvant constituer des freins chez les femmes ou occasionner des réticences chez certaines d'entre elles. Ces éléments sont :

- la **négligence** (premier frein cité),
- la **peur de savoir**,
- le **profil hyperactif** de la patiente,
- le fait que certaines femmes soient **très éloignées de l'idée de dépistage**,
- la **peur d'un examen douloureux**.

Moins souvent sont cités d'autres éléments : patiente en bonne santé ne se sentant pas concernée, non autonomie de la patiente, réticences culturelles, scepticisme sur l'intérêt du dépistage. Enfin, plus rarement encore, sont évoqués des problèmes de transports, des motifs financiers et des doutes sur la fiabilité de l'examen.

On notera que seule la négligence est pointée comme un frein *très fréquent* par une fraction significative de médecins (29% des généralistes). Un autre constat tient à ce que **ces freins et ces réticences sont mis en avant systématiquement plus souvent par les généralistes que par les gynécologues**, hormis quelques uns : peur de la douleur provoquée par la mammographie, profil hyperactif de la patiente, doutes de celle-ci sur la fiabilité de l'examen.

**Figure 8**  
Proportion de médecins considérant que certains éléments constituent un frein fréquent pour convaincre une patiente de passer une mammographie de dépistage selon la spécialité



Les réponses diffèrent peu selon l'âge du médecin, son sexe, son département d'exercice (avec ou sans dépistage organisé) ou le fait qu'il ait ou non une forte valence prévention (annexes XI et XII). On notera cependant que les généralistes des départements bénéficiant d'un dépistage organisé sont plus nombreux que

leurs confrères à pointer comme un frein fréquent le fait que la patiente, en bonne santé, ne se sente pas concernée (54%) ou son scepticisme sur l'intérêt du dépistage (32%).

*Dans les commentaires, les réticences sur lesquelles reviennent le plus volontiers les généralistes sont la peur du résultat positif. Certains évoquent même une forme de phobie chez quelques patientes. Un second frein pointé est lié à la crainte d'un examen douloureux (on verra cependant que les groupes de parole relativisent quelque peu cette crainte). Est également décrite la négligence des patientes : « souvent, certaines patientes ont la lettre invitant au dépistage depuis plusieurs mois dans leur sac à main ». Enfin, est également cité avec une certaine récurrence le fait que, souvent, à un âge avancé, les patientes font montre d'une certaine résignation quant à leur état de santé. Toutefois, en contrepoint, d'autres commentaires font état du fait que certaines patientes ont été amenées, grâce au dépistage organisé, à consulter.*

*Les commentaires portés ici par les gynécologues sont peu nombreux. La plupart d'entre eux pointent des réticences relevées chez certaines patientes concernant la peur d'un examen douloureux. Sont également relevés des freins liés au milieu socioculturel. Enfin, quelques commentaires signalent l'existence de patientes s'opposant à une irradiation systématique et répétée.*

## V - ADHESION AU PROGRAMME DE DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER DU SEIN

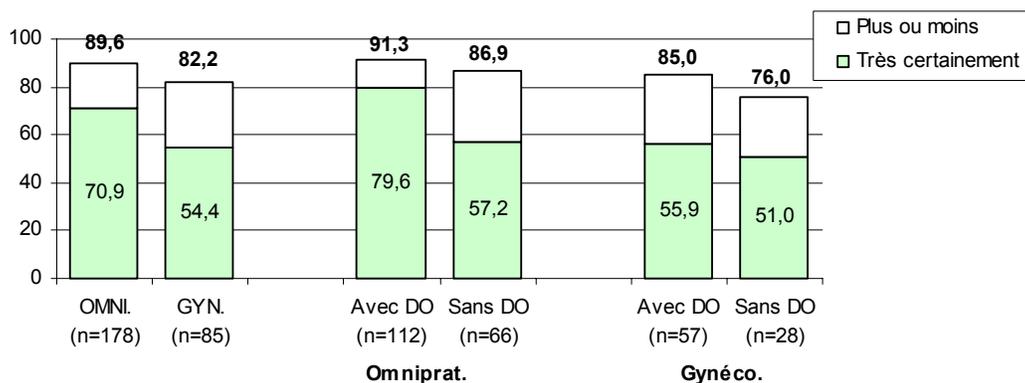
### V.1 - Avancée représentée par le dépistage organisé

Dans leur majorité, les médecins participants considèrent que la mise en place du dépistage organisé du cancer du sein constitue une avancée par rapport à la situation actuelle (dans les départements sans D.O.) ou par rapport à la situation antérieure (départements avec D.O.) : **71% des généralistes et 54% des gynécologues estiment que c'est "très certainement" le cas**, seuls 10% des premiers et 18% des seconds contestent ce fait, les autres considérant qu'il s'agit "plus ou moins" d'une avancée.

Les généralistes exerçant dans un département avec dépistage organisé sont plus nombreux que leurs confrères à voir dans cette organisation une avancée certaine (80% contre 57% ;  $p=10^{-3}$ ). Une telle différence n'est pas retrouvée chez les gynécologues, par contre, chez ces derniers, la proportion de ceux qui ne voient dans ce programme aucune avancée en termes de santé publique est plus faible -bien que de manière non significative- dans les départements disposant d'un dépistage organisé : 15% contre 26% dans les autres départements.

Figure 9

Proportion de médecins considérant que, sur le plan de la santé publique, la mise en place du dépistage organisé du cancer du sein constitue une avancée par rapport à la situation actuelle (départements avec DO) ou à la situation antérieure (départements sans DO) selon la spécialité



On notera encore que, chez les omnipraticiens, les plus jeunes et les femmes sont les plus nombreux à voir dans le dépistage organisé une avancée certaine en termes de santé publique (respectivement 78% et 83%). Une telle hétérogénéité en fonction de l'âge et du sexe n'est pas retrouvée chez les gynécologues.

Tableau 9

Proportion de médecins considérant que, sur le plan de la santé publique, la mise en place du dépistage organisé du cancer du sein constitue une avancée par rapport à la situation actuelle ou à la situation antérieure selon la spécialité, l'âge et le sexe du médecin (différences significatives en gras)

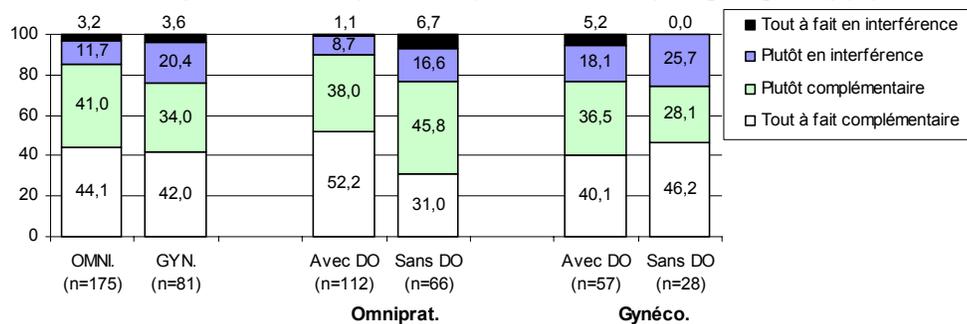
DO = avancée	Omnipraticiens						Gynécologues					
	MG	MEP	<48	≥48	H	F	MED	OBS	<48	≥48	H	F
Très certainement	71.6	64.7	<b>78.2</b>	<b>63.1</b>	<b>66.9</b>	<b>83.3</b>	58.7	49.3	62.4	50.1	44.0	58.8
Total oui	89.2	93.1	<b>94.0</b>	<b>85.0</b>	<b>86.4</b>	<b>98.4</b>	84.7	79.3	86.1	80.2	84.5	83.1
EFFECTIFS	160	18	88	88	129	47	46	39	31	54	20	64

Enfin, l'opinion sur ce point ne diffère pas significativement (annexe XIII) selon que le médecin a ou non une forte valence prévention (ce qui est d'ailleurs logique puisque le dépistage organisé n'apporte pas une grande valeur ajoutée à la pratique de ces médecins), pas plus qu'elle ne diffère selon le secteur conventionnel et le volume d'activité du praticien.

## V.2 - Complémentarité entre dépistage organisé et exercice libéral de la médecine

Dans leur très grande majorité, les médecins considèrent que le dépistage organisé et l'exercice libéral de la médecine sont complémentaires : 85% des omnipraticiens et 76% des gynécologues le pensent (44% des premiers et 42% des seconds jugeant que les deux pratiques sont *tout à fait* complémentaires). Les autres (15% des généralistes et 24% des gynécologues) considèrent qu'il y a interférence. Cette interférence est, chez les généralistes, deux fois plus souvent pointée dans les départements ne disposant pas d'un dépistage organisé (23% contre 10%) ; par contre, chez les gynécologues, elle est identique dans les deux situations : respectivement 26% en l'absence de dépistage organisé et 23% dans le cas contraire. Il semble donc que le dépistage organisé, tel qu'il est pratiqué depuis une dizaine d'années dans trois départements de la région conserve un certain nombre de détracteurs, en particulier chez les gynécologues.

Figure 10  
Opinion des médecins sur la complémentarité entre dépistage organisé et exercice libéral de la médecine selon la spécialité et le département (avec ou sans dépistage organisé) (%)



Les médecins considérant qu'il y a **interférence** se retrouvent plus volontiers **chez les hommes** (pour les généralistes : 18% contre 4% chez les femmes,  $p=0.02$  ; pour les gynécologues : 32% contre 20%, NS). On les retrouve également plus volontiers **parmi les obstétriciens** (29%) que parmi les gynécologues médicaux (20%). Cette proportion apparaît **indépendante de la valence prévention du médecin, de son secteur conventionnel et de son volume d'activité** (annexe XIV).

Tableau 10  
Opinion des médecins sur la complémentarité entre dépistage organisé et exercice libéral de la médecine selon la spécialité, le type d'exercice, l'âge et le sexe du médecin (% pondéré)

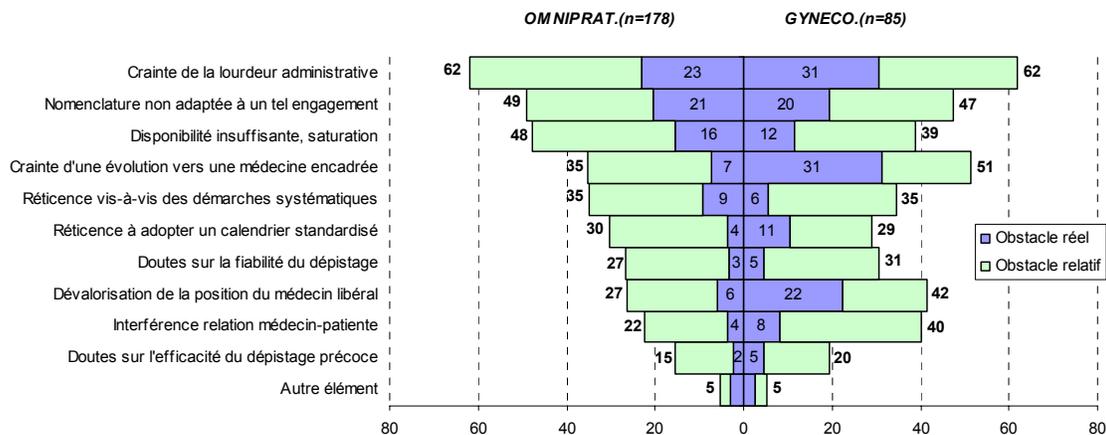
	Omnipraticiens						Gynécologues					
	MG	MEP	<48	≥48	H	F	MED	OBS	<48	≥48	H	F
Tout à fait complémentaire	43.4	50.9	44.6	43.6	41.5	53.3	39.7	44.7	51.9	36.6	46.8	41.2
Total complémentaire	84.3	93.1	87.9	82.1	81.6	96.3	80.1	71.1	78.3	74.6	67.7	80.2
Interférence	15.8	6.9	12.2	17.9	18.4	3.7	19.9	28.9	21.6	25.3	32.3	19.8
EFFECTIFS	157	18	87	86	126	47	43	38	29	52	20	60

### V.3 - Réticences et obstacles susceptibles de limiter l'adhésion des médecins

La **lourdeur administrative** attribuée au dépistage organisé constitue l'obstacle le plus souvent cité par les médecins (cité par près des deux tiers d'entre eux et pointé comme un obstacle réel par 31% des gynécologues et 23% des généralistes). Sont également cités comme un obstacle réel les **problèmes de rémunération** -nomenclature non adaptée- (20%), la **disponibilité insuffisante** (12 à 16%), de même que, chez les gynécologues, la crainte d'une **évolution vers une médecine encadrée** (31%) et d'une **dévalorisation de la position du médecin libéral** (22%).

Les autres éléments, assez régulièrement pointés (20 à 40% des cas), sont néanmoins rarement cités comme un obstacle réel (réticence du praticien vis-à-vis des démarches systématiques, doutes sur la fiabilité du dépistage, interférence dans la relation médecin-patient, doute sur l'efficacité du dépistage précoce).

**Figure 11**  
Réticences des médecins et obstacles susceptibles de limiter leur adhésion à un programme de dépistage organisé du cancer du sein en fonction de la spécialité (%)



On pourra noter que **certaines réticences sont plus souvent pointées par les généralistes exerçant dans des départements ne disposant pas encore d'un dépistage organisé** (il s'agit alors davantage de réticences a priori que d'obstacles à proprement parler). Ainsi en est-il de la crainte de la lourdeur administrative (pointée comme un obstacle réel par 30% des généralistes n'ayant pas la pratique du dépistage organisé et par seulement 19% de ceux qui l'ont ( $p=0.08$ ) ou des réticences vis-à-vis des démarches systématiques (respectivement 16% et 4% ;  $p<0.01$ ).

**Par contre, chez les gynécologues, c'est le phénomène inverse qui est relevé** : bien que les différences ne soient pas statistiquement établies en raison de la faiblesse des effectifs, il apparaît que certaines réticences sont plus souvent relevées dans les départements ayant la pratique d'un dépistage organisé que dans les autres départements : nomenclature non adaptée, crainte d'une évolution vers une médecine encadrée, dévalorisation de la position du médecin libéral.

Par ailleurs, **la pratique habituelle du médecin en matière de prévention influe sur certaines réponses des généralistes** (bien que, là encore, la plupart des différences observées n'atteignent pas le seuil de significativité statistique) avec des éléments moins souvent pointés comme un obstacle réel à l'adhésion par les praticiens ayant une forte valence prévention : évolution vers une médecine encadrée, réticence vis-à-vis des démarches systématiques. Chez les gynécologues, les réponses apparaissent par contre plus homogènes entre les deux groupes de médecins.

**Tableau 11**  
**Proportion de médecins considérant que certains éléments constituent un obstacle réel susceptible de limiter leur adhésion à un programme de dépistage organisé du cancer du sein selon la spécialité, le département (avec ou sans dépistage organisé) et la valence prévention du médecin**

Obstacle réel	Omniprat.				Gynéco.			
	DO		Prévention		DO		Prévention	
	Avec	Sans	++	+/-	Avec	Sans	++	+/-
Crainte de la lourdeur administrative	18.6	30.2	17.5	26.1	31.8	27.5	31.7	29.7
Nomenclature non adaptée à un tel engagement	20.2	21.0	14.8	23.5	22.0	13.6	23.3	17.1
Disponibilité insuffisante, saturation	17.7	12.4	14.8	16.1	9.5	16.2	13.2	10.4
Crainte d'une évolution vers une médecine encadrée	6.5	8.3	3.1	9.4	34.6	23.6	34.2	29.5
Réticence vis-à-vis des démarches systématiques	4.5	16.2	3.9	11.8	6.5	3.7	9.3	3.4
Réticence à adopter un calendrier standardisé	1.7	6.6	1.2	4.9	11.9	7.5	10.8	10.4
Doutes sur la fiabilité du dépistage	4.6	1.4	3.1	3.5	6.6	0.0	5.6	4.0
Dévalorisation de la position du médecin libéral	4.8	7.5	4.1	6.7	26.8	12.4	28.0	19.0
Interférence relation médecin-patiente	1.7	6.3	4.3	3.1	8.0	8.6	10.3	6.9
Doutes sur l'efficacité du dépistage précoce	2.1	2.9	1.9	2.7	5.0	3.8	5.4	4.2
Autre élément	1.8	5.2	2.9	3.3	3.5	0.0	3.7	1.7
<i>EFFECTIFS</i>	<i>112</i>	<i>66</i>	<i>61</i>	<i>117</i>	<i>57</i>	<i>28</i>	<i>32</i>	<i>53</i>

On pourra enfin relever (annexe XV) que l'âge et le sexe du médecin peuvent interférer dans les réponses -essentiellement chez les généralistes-avec, schématiquement, certaines **réticences plus volontiers mises en avant par les plus jeunes et par les hommes** (en particulier la crainte de la lourdeur administrative et la nomenclature non adaptée).

*Peu de commentaires font véritablement état d'oppositions au dépistage organisé. Toutefois, quelques réserves sont apportées. La première citée par les généralistes est le risque, dans un cadre de dépistage systématique, de rendre moins évidente la nécessité de l'examen clinique accompagnant la prescription de la mammographie. Des réserves d'ordre organisationnel sont également apportées. Ainsi, certains médecins situés dans des zones limitrophes pointent-ils les inconvénients de la départementalisation du dépistage organisé (il est parfois plus aisé de consulter un radiologue du département voisin). Une autre difficulté signalée tient au suivi des patientes qui changent de médecin. Certains évoquent la nécessité de créer un outil systématique de suivi. Par ailleurs, les "ratés administratifs" sont assez souvent pointés : « certaines patientes n'ont pas reçu d'invitation ... ». Enfin, quelques généralistes sont revenus dans leurs commentaires sur les problèmes de nomenclature et ont souhaité la mise en place de consultations spécifiques de santé publique ou de « médecine préventive », plus longues et mieux rémunérées que les consultations ordinaires.*

*Les commentaires les plus fréquents relevés chez les gynécologues ont trait à la nécessité de pouvoir examiner les clichés. A ce titre, les progrès apportés par le nouveau protocole (qui prévoit de rendre les clichés à la*

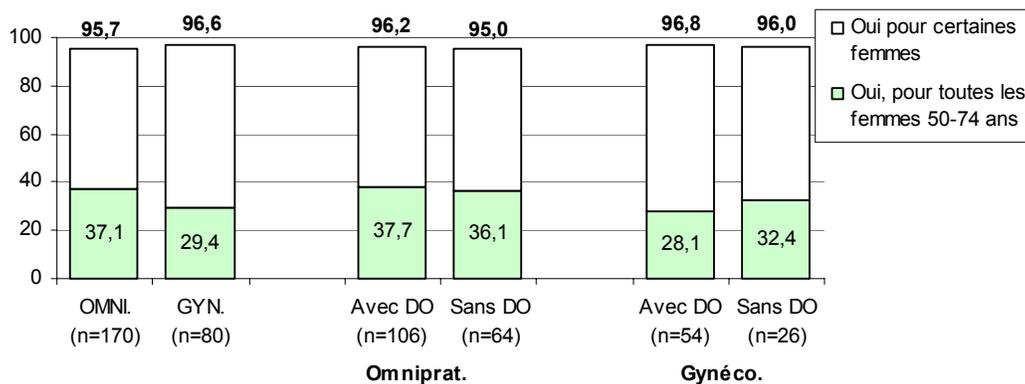
patiente) paraissent importants. Toutefois, quelques professionnels mentionnent le fait que, même avec le nouveau protocole, il leur arrive quelquefois de ne pas voir les clichés tandis que l'un d'entre eux évoque la difficulté à comparer les clichés successifs. Concernant le suivi, quelques gynécologues critiquent les délais pour adresser une patiente à un oncologue. D'autres évoquent la nécessité d'une amélioration des formations proposées tandis que d'autres s'interrogent sur leur place dans le cadre d'un tel dispositif. Enfin, certains évoquent le nombre relativement restreint de nouvelles patientes amenées à consulter à la suite de l'invitation pour le dépistage.

#### V.4 - Adhésion ou souhait d'adhésion au dépistage organisé

Les médecins de l'Isère, de la Loire et du Rhône étaient interrogés sur leur adhésion réelle, ceux exerçant dans les cinq autres départements l'étaient sur leur adhésion a priori au programme se mettant en place dans leur département. On relève que **96% des omnipraticiens et 97% des gynécologues adhèrent ou pensent adhérer au programme de dépistage mais seule une minorité le fait ou pense le faire pour toutes les femmes de la tranche d'âge considérée (37% des omnipraticiens et 29% des gynécologues)**, les autres adaptent ou souhaitent adapter leur pratique à la situation : mammographie réalisée dans un cadre organisé ou prescrite à titre individuel selon le cas. Quelle que soit la spécialité, les **proportions sont pratiquement identiques dans les départements où existe un dépistage organisé (pratique réelle du médecin) et ceux où il n'est pas encore mis en place (pratique projetée).**

Les gynécologues sont donc légèrement plus nombreux à considérer qu'il convient d'adapter la pratique à la personne (67% contre 59%).

**Figure 12**  
Proportion de médecins adhérant (départements avec DO) ou pensant adhérer (départements sans DO) au programme de dépistage organisé du cancer du sein selon la spécialité et l'existence ou non d'un dépistage organisé



Chez les généralistes, les proportions relevées sont indépendantes de l'âge et du sexe, chez les gynécologues, la proportion de praticiens jouant totalement -ou souhaitant jouer totalement- la carte du dépistage organisé est plus élevée chez les obstétriciens que chez les gynécologues médicaux (40% contre 21% ; p=0.07) et, de manière non significative, chez les plus âgés (32%) et chez les hommes (34%).

**Tableau 12**  
**Proportion de médecins adhérant (départements avec DO) ou pensant adhérer (départements sans DO) au programme de dépistage organisé du cancer du sein selon la spécialité, le type d'exercice, l'âge et le sexe**

	Omnipraticiens						Gynécologues					
	MG	MEP	<48	≥48	H	F	MED	OBS	<48	≥48	H	F
Total oui	97.1	83.3	96.2	95.1	95.6	95.8	96.1	97.3	93.7	98.3	100	95.4
Dont : pour toutes les femmes de 50 à 74 ans	37.1	36.4	38.7	36.4	39.2	32.2	21.4	39.6	24.9	32.0	34.1	26.3
EFFECTIFS	152	18	83	85	126	42	44	36	30	50	20	59

Par ailleurs (annexe XVI), **chez les généralistes, l'inclusion de toutes les patientes de 50 à 74 ans dans le cadre du dépistage organisé est corrélé à la valence prévention du médecin** (42% chez ceux qui ont une forte valence prévention, 34% chez les autres), **l'inverse est observé chez les gynécologues** (respectivement 22% et 34%).

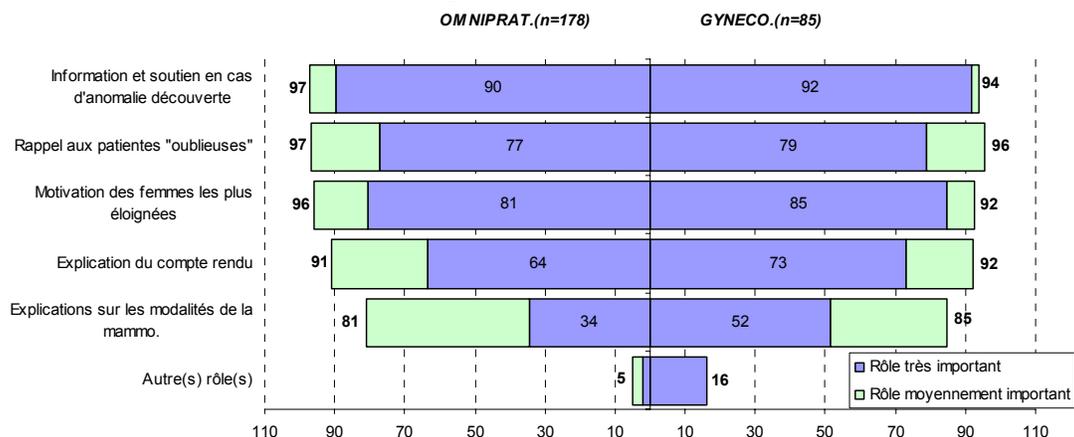
### V.5 - Perception du rôle du médecin libéral dans le dépistage organisé

Presque tous les généralistes et les gynécologues estiment que le médecin libéral joue un rôle pour :

- **l'information et le soutien en cas d'anomalie découverte** (90% environ jugent leur rôle à ce niveau très important),
- **le rappel aux patientes "oublieuses"** (très important pour près de 80%),
- **la motivation des femmes les plus éloignées de l'idée de dépistage** (très important pour plus de 80%),
- **l'explication du compte-rendu** (très important pour 70% environ).

Leur rôle dans l'explication des modalités de l'examen est moins souvent pointé comme très important (le tiers des généralistes et la moitié des gynécologues).

**Figure 13**  
**Éléments pour lesquels le rôle du médecin est jugé important dans le cadre d'un programme de dépistage selon la spécialité (%)**



Les réponses sont indépendantes du fait qu'il existe ou non dans le département un dépistage organisé, de même qu'elles sont indépendantes de l'âge du médecin, de son sexe et de sa valence prévention (annexes XVII et XVIII). On relève cependant que les gynécologues classés comme ayant une forte valence prévention sont un peu plus nombreux à mettre en avant leur rôle dans le rappel aux patientes "oublieuses" et dans la motivation des femmes les plus éloignées de l'idée de dépistage. Cette hétérogénéité des réponses n'est pas retrouvée chez les généralistes.

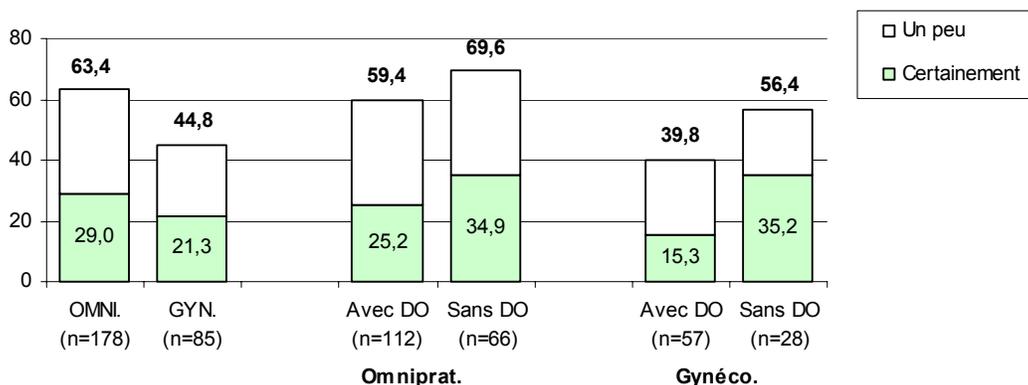
*Dans leurs commentaires libres, les généralistes citent fréquemment le rôle d'explication et d'accompagnement qui leur incombe : « je m'assure que la mammographie a été bien faite et j'explique à la patiente l'intérêt du dépistage et la précocité du diagnostic ». Revient également, dans les commentaires, le rôle de coordination qu'ils peuvent jouer en cas d'anomalie.*

*Quant aux gynécologues, ils évoquent leur rôle de relais d'information auprès de la patiente, notamment concernant les facteurs de risque ou l'intérêt de l'examen clinique. Ils mettent également en avant leur rôle de soutien, d'accompagnement et de prise en charge en cas de découverte d'une anomalie. Certains ont tenu à affirmer que le rôle du gynécologue est d'accompagner et de renforcer le dépistage : « la collaboration entre le médecin libéral et le dépistage organisé me paraît tout à fait opportune, surtout depuis que les patientes peuvent récupérer leurs clichés ».*

## VI - BESOINS EXPRIMÉS EN MATIÈRE DE FORMATION-INFORMATION

Les deux tiers des omnipraticiens et un peu moins de la moitié des gynécologues déclarent ressentir un certain besoin en matière de formation-information sur le cancer du sein et son dépistage. Cependant, seuls 29% des premiers et 21% des seconds expriment un besoin *réel* à ce niveau. De manière logique, cette **proportion est plus élevée chez les médecins exerçant dans des départements sans dépistage organisé** (généralistes : 70% dont 35% exprimant un besoin certain, gynécologues : 56% dont 35% exprimant un besoin certain).

Figure 14  
Proportion de médecins déclarant éprouver un certain besoin de formation - information sur le cancer du sein et son dépistage selon la spécialité et le département (avec ou sans dépistage organisé)

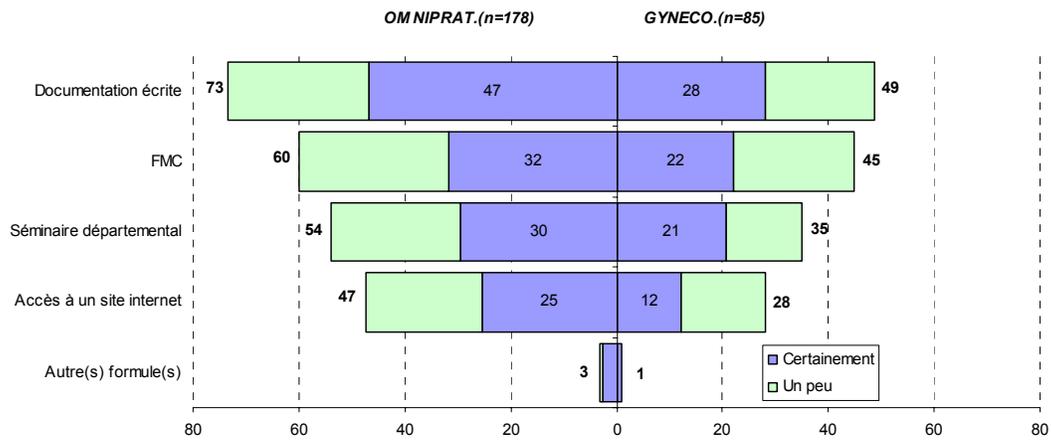


Les annexes XIX et XX montrent que la proportion de médecins se déclarant *certainement* intéressés par une information ou une formation est particulièrement basse chez les gynécologues médicaux (14% contre 31% chez les obstétriciens), chez les gynécologues de sexe féminin (16% contre 40% chez leurs homologues masculins) ou encore chez les généralistes ayant une forte valence prévention (14% contre 37% chez les autres). Il est logique de penser que ces professionnels sont moins en attente d'une information ou d'une formation dans la mesure où ils estiment avoir déjà acquis des compétences satisfaisantes sur le sujet. On notera que l'hétérogénéité relevée chez les gynécologues en fonction du sexe n'est pas retrouvée chez les généralistes.

Les médecins interrogés citent principalement :

- un besoin en **documentation écrite** qui intéressait les trois quarts de l'ensemble des généralistes et la moitié des gynécologues (bien que seulement 47% des premiers et 28% des seconds font part d'un intérêt certain),
- une **formation médicale continue** : 60% des généralistes (32% de manière certaine) et 45% des gynécologues (22% de manière certaine),
- un **séminaire départemental** : 54% des généralistes (30% de manière certaine) mais 35% seulement des gynécologues (21% de manière certaine),
- enfin, un **accès à un site internet** pourrait intéresser près de la moitié des généralistes (25% de manière certaine) et le quart des gynécologues (12% seulement se déclarant franchement intéressés).

**Figure 15**  
**Type de formation ou d'information souhaitée par les médecins en fonction de la spécialité (% calculé sur l'ensemble de l'échantillon)**



Le détail des réponses en fonction de l'âge et du sexe du médecin, de sa valence prévention et de l'existence ou non d'un dépistage organisé dans le département d'exercice est présenté dans les annexes XXI et XXII. On verra en particulier qu'une FMC et un séminaire départemental sont plus souvent demandés dans les départements ne disposant pas d'un dépistage organisé.

## VII - COMMENTAIRES GENERAUX ET SOUHAITS EXPRIMES

*Rappelons qu'environ un médecin participant sur cinq a apposé des commentaires libres en complément du questionnaire rempli. De nombreux commentaires généraux figurant en fin de questionnaire soulignent la pertinence et l'intérêt du dépistage systématique du cancer du sein aux yeux des médecins généralistes : « ce dépistage permet de traiter des patientes sans pathologie chronique qu'on ne voit que très occasionnellement ». Toutefois, certains répondants apportent des nuances. En premier lieu, la place du généraliste, selon certains d'entre eux, mériterait d'être mieux prise en compte, notamment dans ses rapports avec le gynécologue. Bien que les rôles de ces deux acteurs soient décrits comme complémentaires, certains généralistes souhaiteraient une clarification et une meilleure coopération. Ensuite, quelques commentaires mettent en avant certaines lacunes du programme, relevant notamment le fait que certaines patientes n'avaient pas reçu le courrier d'invitation. Prolongeant ces critiques organisationnelles, la mention de contraintes administratives est fréquente. Pour quelques médecins, le dépistage organisé constitue une interférence avec leur propre pratique. Selon eux, le même résultat serait atteint sans la mise en place des contraintes précitées et ils ne voient pas la valeur ajoutée d'un tel programme : « j'ai quasi abandonné le dépistage systématique qui est redondant avec ma pratique ». Finalement, c'est souvent l'argument du temps et de la disponibilité qui est mis en avant. Par ailleurs, assez fréquemment, les généralistes pointent le fait que le dépistage est difficile à mettre en œuvre dans le cadre d'une consultation classique et quelques commentaires font état de la nécessité de proposer dans la nomenclature un acte spécifique de santé publique. Enfin, plusieurs généralistes mentionnent le besoin de formation, notamment dans le domaine de l'interprétation des clichés radiologiques et des nouveaux traitements.*

*Quant aux commentaires des gynécologues, nombreux sont ceux qui témoignent d'une opinion positive sur le dépistage organisé. Ce programme est jugé par eux relativement satisfaisant, surtout depuis que les médecins ont accès aux clichés. D'autres (en nombre assez restreint cependant) mettent en avant le fait que le dépistage amène des patientes qui n'auraient peut-être pas consulté sans cela. Certains souhaiteraient renforcer le partenariat et le suivi : « il est nécessaire d'améliorer le partenariat entre généralistes, radiologues, gynécologues et dépistage organisé ». Toutefois, le programme n'est pas exempt de critiques. Tout d'abord, certains médecins ont le sentiment que le dépistage organisé s'immisce dans la relation qu'ils entretiennent avec leur patiente. Ensuite, d'autres mettent en avant le fait que la standardisation du rythme de dépistage ne tient pas compte des caractéristiques de chaque patiente. Par ailleurs, certains gynécologues appellent à davantage de souplesse administrative tandis que d'autres insistent sur les faiblesses de l'organisation existante (« parmi mes patientes, beaucoup ne reçoivent jamais d'invitation pour le dépistage ») ou pointent les limites du programme (limitation à une tranche d'âge). Quelques commentaires constituent même une remise en cause de l'efficacité du dépistage organisé : « problème de l'organisation et de la planification du dépistage qui exclut le généraliste et le gynécologue et dont l'intérêt (coûts/bénéfices) n'a pas été démontré ».*

## B - ANALYSE DES DOSSIERS PATIENTES

Rappelons qu'il était demandé aux médecins participants de remplir durant une période maximale de 2 semaines un dossier pour chaque patiente vue en consultation, quel que soit le motif de venue :

- dossier extrêmement succinct (âge, date, motif et modalité de la dernière mammographie) pour les patientes ayant passé cet examen dans les 24 derniers mois,
- dossier complet pour les autres patientes (pas de mammographie dans les 24 mois) : 42 questions couvrant divers aspects (suivi médical, antécédents et suivi préventif, contenu de la consultation : abord du thème, interrogations, réticences, difficultés, prescription, compliance).

La période de recueil pouvait être plus courte que deux semaines puisqu'il était demandé aux médecins d'interrompre de manière anticipée la collecte de l'information dès lors que 7 dossiers complets étaient remplis.

### I - COUVERTURE MAMMOGRAPHIQUE DES PATIENTES

Au total, 3 391 dossiers ont été remplis par les 178 généralistes participants (19.0 en moyenne par praticien) et 2 047 l'ont été par les 85 gynécologues (24.1 en moyenne par praticien). Chez les généralistes, 922 de ces dossiers (27%) se rapportaient à des patientes n'ayant pas passé de mammographie dans les 24 mois ; cette proportion était de 18% chez les gynécologues (377 dossiers).

Tableau 13

Nombre de dossiers remplis par les médecins participants selon la spécialité et selon que la patiente a passé une mammographie dans les 24 mois (mammo +) ou qu'elle n'en a pas passé (mammo -)

	Généralistes (n=178)		Gynéco. (n=85)	
	Mammo+	Mammo-	Mammo+	Mammo-
N dossiers	2469	922	1670	377
Moyenne par méd.	13.9	5.2	19.6	4.4
Minimum	0	0	6	0
Maximum	43	7	48	7

Ces chiffres permettent de calculer un taux de couverture mammographique (nombre de patientes ayant passé une mammographie dans les 24 mois rapporté au nombre total de patientes signalées). On doit cependant considérer avec une certaine prudence ce taux dans la mesure où, si les dossiers complets ont probablement été remplis de manière quasi exhaustive, il est probable que les dossiers succincts à remplir pour les patientes "à jour" n'aient pas connu la même exhaustivité. Si tel est le cas, le dénominateur de la fraction s'en retrouve diminué et le taux majoré. Cette réserve étant émise, ainsi calculée **la proportion de femmes de 50-74 ans ayant passé une mammographie dans les 24 mois est de 73% chez les généralistes et 82% chez les gynécologues.**

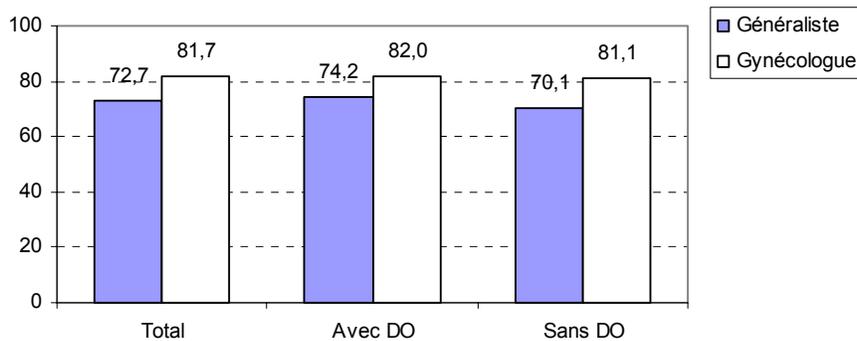
*Ce calcul a été établi après avoir pondéré les données pour tenir compte de l'effectif réel des médecins exerçant dans chaque département et corriger ainsi les éventuels effets de l'hétérogénéité du taux de participation au sein de chaque département (ceci étant, l'intérêt de cette pondération est surtout théorique dans la mesure où les chiffres relevés avec ou sans pondération sont pratiquement identiques, cf annexe XXIII). Malgré la réserve émise, la fiabilité des données a pu être contrôlée en ne prenant en compte que les dossiers pour lesquels le protocole semblait avoir été scrupuleusement respecté au niveau des dates de collecte (84% de l'ensemble des dossiers). La confrontation des données issues de l'ensemble des dossiers et celles issues de ce sous-ensemble sélectionné (annexes XXIV et XXV) montre que les différences*

observées sont tout à fait minimales et justifie le fait que la suite de l'analyse porte sur l'ensemble des dossiers.

Le chiffre calculé chez les généralistes (73%) est nettement supérieur à l'estimation faite par les praticiens eux-mêmes (60%, cf fig. 4) alors que le chiffre calculé chez les gynécologues (82%) est tout à fait en phase avec leur estimation (83%, cf fig. 4). On rappelle que l'estimation réalisée par le CAREPS à partir des données communiquées par l'URCAM (à interpréter également avec prudence) situe à 52% la proportion de femmes de 50 à 74 ans de Rhône-Alpes ayant eu une mammographie dans les 24 mois (il est d'ailleurs normal de relever un couverture plus élevée chez des femmes suivies médicalement -comme c'est le cas ici- que dans la population générale).

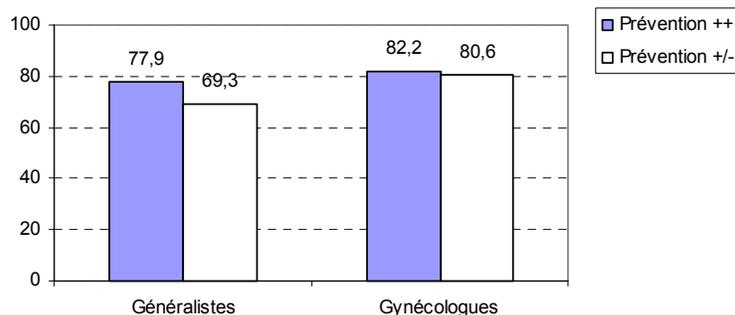
Par ailleurs, la figure suivante montre que la proportion de femmes correctement couvertes d'un point de vue mammographique **diffère peu dans les départements avec dépistage organisé et dans ceux qui ne bénéficient pas d'un tel dispositif** : respectivement 75% et 70% chez les généralistes ( $p < 0.01$ ) et 82% et 81% chez les gynécologues (NS). La proximité des chiffres existant dans les deux cas de figure avait déjà été relevée dans l'estimation faite par les médecins. Le détail des données départementales est fourni dans l'annexe XXVI.

**Figure 16**  
**Proportion de femmes de 50 à 74 ans ayant passé une mammographie récente (moins de 24 mois) selon la spécialité et le département (avec ou sans dépistage organisé)**  
 (calcul établi sur tous les dossiers collectés après pondération pour tenir compte des effectifs réels des médecins exerçant dans chaque département)



De plus, la proportion de patientes correctement suivies du point de vue du dépistage diffère significativement chez les généralistes selon la valence prévention du médecin (78% lorsque cette valence est forte, 69% dans le cas contraire ;  $p < 0.01$ ). Cette hétérogénéité n'existe pas chez les gynécologues.

**Figure 17**  
**Proportion de femmes de 50 à 74 ans ayant passé une mammographie récente (moins de 24 mois) selon la spécialité et selon la valence prévention du médecin**



## II - MOTIFS ET MODALITES DES MAMMOGRAPHIES RECEMMENT REALISEES

Les renseignements notés pour les patientes ayant passé une mammographie au cours des 24 derniers mois permettaient de connaître les raisons ayant motivé cet examen et le cadre dans lequel il a été réalisé. On relève ainsi que (de manière pratiquement identique chez les généralistes et chez les gynécologues) 85% environ des mammographies ont été réalisées à titre de dépistage et 15% l'ont été devant des signes d'appel ou devant des antécédents personnels ou familiaux. L'analyse par département (annexe XXVI) montre des chiffres homogènes chez les généralistes, plus hétérogènes chez les gynécologues mais non reliés à l'existence ou non d'un dépistage organisé. Bien évidemment, dans les départements ne disposant pas d'un dépistage organisé, la quasi-totalité des mammographies de dépistage ont été prescrites à titre individuel. Dans deux des trois départements bénéficiant du dépistage organisé, les mammographies ont été majoritairement réalisées dans ce cadre (78% des mammographies de dépistage réalisées dans le Rhône et 65% de celles réalisées dans la Loire). Ce n'est pas le cas dans le troisième département (Isère) où cette proportion n'est que de 37% (dans ce département, le programme a été interrompu durant près d'un an).

**Tableau 14**  
**Motifs et modalités de l'examen chez les femmes ayant passé une mammographie depuis moins de 24 mois ("mammo +") selon la spécialité (% pondéré)**

Motifs et cadre de la mammographie	Généralistes	Gynécologues
1. Signe d'appel ou ATCD	16.0	14.1
<b>2. Dépistage, dont :</b>	<b>84.0</b>	<b>85.9</b>
<i>Dépistage Individuel</i>	<i>58.9</i>	<i>72.0</i>
<i>Dépistage Organisé</i>	<i>24.1</i>	<i>13.3</i>
<b>EFFECTIFS</b>	<b>2444</b>	<b>1654</b>

### III - CARACTERISTIQUES DES PATIENTES

#### III.1- Distribution par âge des patientes

Chez les généralistes, les patientes qui ont passé une mammographie dans les 24 mois sont, en termes de classes d'âge, parfaitement à l'image de la population rhônalpine féminine alors que **les patientes qui n'ont pas passé cet examen dans les 24 mois sont sur-représentées chez les 70-74 ans et sous-représentées chez les plus jeunes (50-59 ans). Chez les gynécologues, la part des moins de 60 ans est identique** quel que soit le statut mammographique et celle des 60-69 ans diffère peu mais **les plus de 70 ans sont deux fois plus nombreuses parmi les femmes non ou mal dépistées.**

Tableau 15

Distribution des patientes selon l'âge, le statut mammographique ("mammo +": examen réalisé depuis moins de 2 ans; "mammo -": absence d'examen au cours des 2 dernières années) et la spécialité du médecin (% pondéré)

Age de la patiente	Généralistes		Gynécologues		INSEE RP:1999
	Mammo+	Mammo-	Mammo+	Mammo-	
50 - 59 ans	46.5	35.7	65.7	66.0	46.0
60 - 69 ans	37.7	39.5	30.3	25.5	36.5
70 - 74 ans	15.8	24.8	3.9	8.5	17.5
EFFECTIFS	2469	920	1670	376	724244

Le corollaire de cette distribution est l'évolution du taux de couverture en fonction de l'âge. Dans la clientèle des généralistes comme des gynécologues, celui-ci est **relativement stable entre 50 et 69 ans et s'abaisse sensiblement à partir de 70 ans**. On remarquera que la "couverture" mammographique est très voisine dans les deux types de clientèle, aussi bien chez les plus jeunes (77% chez les généralistes et 81% chez les gynécologues) que chez les plus âgées (respectivement 62% et 65%).

Par ailleurs, les chiffres présentés dans le tableau 16 montrent que **le taux de couverture n'est pas significativement plus élevé dans les départements avec dépistage organisé entre 50 et 69 ans** (bien que, chez les généralistes, les différences soient proches du seuil de signification). Par contre, **un écart important est observé chez les 70 ans et plus**. A cet âge, l'effet du dépistage organisé est manifeste, aussi bien dans la clientèle des généralistes que dans celle des gynécologues.

Tableau 16

Proportion de femmes ayant passé une mammographie depuis moins de 24 mois ("mammo +") selon l'âge de la patiente, la spécialité du médecin et le département (avec ou sans dépistage organisé).

Âge de la patiente	Généralistes			Gynécologues		
	Avec DO	Sans DO-	TOTAL	Avec DO	Sans DO-	TOTAL
50 - 59 ans	78.4	74.0	<b>76.8</b>	79.6	83.4	<b>80.7</b>
60 - 69 ans	73.0	67.9	<b>71.1</b>	84.6	83.3	<b>84.2</b>
70 - 74 ans	66.2	53.1	<b>61.7</b>	70.9	55.6	<b>64.7</b>

### III.2- Caractéristiques des patientes n'ayant pas passé de mammographie

#### a) **Activité et catégorie socio-professionnelle**

L'absence de données adéquates de comparaison empêche de conclure quant à l'existence de catégories socio-professionnelles où la proportion de femmes non "couvertes" serait plus élevée que dans d'autres. On relève, d'après les données collectées, que dans la clientèle des généralistes, la proportion de femmes actives est relativement proche de la proportion existant au niveau de la population générale des 50 ans et plus, en revanche, elle est 2 fois plus élevée dans la clientèle des gynécologues. On ne peut bien entendu pas en conclure pour autant que les femmes non ou mal dépistées sont davantage représentées chez les actives car, compte-tenu de l'âge moyen de la clientèle des gynécologues, il est logique d'observer une sur-représentation des femmes exerçant une activité professionnelle.

**Tableau 17**  
**Activité actuelle des patientes "mammo -" selon la spécialité et comparaison aux données de l'INSEE**  
 (% pondéré)

Activité actuelle	Généralistes	Gynécologues	INSEE RP 1999 (50 ans et +)
Exerce une activité	27.1	47.3	22.9
Retraitée	50.0	32.7	51.0
Demandeuse d'emploi	1.4	1.3	2.5
Sans activité prof.	21.5	18.8	23.6
<i>EFFECTIFS</i>	919	375	982204

De plus, la non représentativité de l'échantillon de généralistes volontaires fausse l'interprétation de l'analyse en fonction du milieu social puisque cet échantillon compte davantage de médecins ruraux (ce qui pourrait expliquer une sur-représentation des agricultrices) et moins de médecins exerçant dans les trois métropoles régionales (ce qui pourrait jouer sur la proportion de certaines autres catégories : ouvrières, employées, etc...).

**Tableau 18**  
**Catégorie socio-professionnelle des patientes "mammo -" exerçant une activité actuelle selon l'âge et la spécialité. Comparaison aux données de l'INSEE (% pondéré)**

CSP des patientes exerçant une activité	Généralistes		Gynéco.		INSEE RP 1990	
	50-59	60-74	50-59	60-74	50-59	≥ 60
Agricultrice	2.3	17.1	3.7	0.0	7.0	13.1
Artisan, commerçante, chef d'entreprise	10.4	13.2	12.7	42.4	9.4	18.9
Cadre, prof. Libérale...	12.7	6.9	15.2	0.0	5.9	5.6
Prof. Intermédiaires	20.9	17.2	31.3	7.8	16.5	12.1
Employée	38.9	29.4	33.5	40.5	42.0	37.1
Ouvrière	14.8	16.1	3.6	9.3	19.2	13.2
<i>EFFECTIFS</i>	214	28	168	8	154981	29336

La distribution des patientes non ou mal dépistées en fonction de la catégorie socio-professionnelle est détaillée dans l'annexe XXVII.

#### b) **Habitat**

De la même manière, l'absence de données adéquates de comparaison et la non représentativité de l'échantillon de généralistes sur ce point ne permet pas de conclure quant à la couverture mammographique des femmes en fonction de la taille de l'agglomération de résidence d'autant plus que semble avoir existé une confusion chez certains médecins entre taille de l'agglomération et taille de la commune (annexe XXVIII).

## IV - ANTECEDENTS ET SUIVI MEDICAL DES PATIENTES NON OU MAL DEPISTÉES

### IV.1- Antécédents

On notera qu'une patiente sur 20 qui n'a pas passé de mammographie dans les 24 mois présentait des antécédents sénologiques personnels tandis qu'une sur 10 (voire davantage chez les gynécologues) présentait des antécédents familiaux.

Tableau 19  
Proportion de patientes "mammo –" présentant des antécédents sénologiques personnels ou familiaux selon la spécialité

ATCDs	Généralistes	Gynécologues
ATCDs personnels	5.2	5.2
ATCDs familiaux	9.0	14.3
<i>EFFECTIFS</i>	922	377

### IV.2- Régularité du suivi médical

Plus des trois quarts (78%) des patientes incluses n'ayant pas passé de mammographie dans les 24 mois étaient des patientes régulières du généraliste répondant, 18% n'étaient suivies qu'occasionnellement par lui et 4% d'entre elles étaient des primoconsultantes. Par contre, le généraliste n'assurait un suivi gynécologique régulier que dans 15% des cas. Une fois sur quatre, il n'assurait qu'occasionnellement ce suivi et, 6 fois sur 10, il ne l'assurait pas du tout. De plus, la moitié de ces femmes n'étaient pas suivies par un autre médecin sur le plan gynécologique.

Quant aux patientes incluses par les gynécologues qui n'ont pas passé de mammographie au cours des 24 derniers mois, il s'agit, dans presque 60% des cas, de patientes régulièrement suivies par le gynécologue et, dans 25% des cas, de patientes occasionnellement suivies.

Tableau 20  
Suivi médical des patientes "mammo-" incluses par les généralistes et les gynécologues (% pondéré)

Patientes des généralistes		%
<b><u>Patientes suivies par le MG sur plan général</u></b>		
Régulièrement		77.7
Occasionnellement		17.8
Pas du tout		4.5
<b><u>Patientes suivies par le MG sur plan gynécologique</u></b>		
Régulièrement		15.3
Occasionnellement		24.7
Pas du tout		60.0
<b><u>Patientes suivies par ailleurs sur plan gynécologique</u></b>		
Régulièrement		17.4
Occasionnellement		26.3
Non		47.4
Ne sait pas ou N.R.		8.9
<i>EFFECTIFS</i>		922
Patientes des gynécologues		%
<b><u>Patientes suivies par le gynécologue</u></b>		
Régulièrement		57.6
Occasionnellement		25.0
Pas du tout		17.4
<i>EFFECTIFS</i>		373

On doit signaler que, de manière logique, les médecins généralistes considérés comme ayant une forte valence prévention sont plus nombreux que leurs confrères à assurer le suivi gynécologique de leurs patientes (respectivement 21% et 12% des patientes incluses ;  $p < 10^{-3}$ ).

### IV.3- Suivi préventif

#### a) *Suivi préventif gynécologique*

Pratiquement toutes les patientes des gynécologues qui n'avaient pas eu de mammographie dans les 24 mois avaient passé au moins une fois cet examen à titre de dépistage au préalable (94%). Ceci est moins systématique chez les patientes des généralistes puisque presque une sur quatre parmi ces femmes "non couvertes" n'a jamais eu de mammographie. Les proportions sont indépendantes de l'âge. Elles sont identiques dans les départements avec dépistage organisé et dans les autres départements. De même, ne diffèrent-elles pas selon le sexe du médecin et sa valence prévention. Ces chiffres, rapportés à l'ensemble des fiches collectées, montrent que **6.5% de l'ensemble des patientes de 50 à 74 ans vues en consultation par des généralistes n'ont jamais passé de mammographie, ce qui également le cas de 1% des patientes des gynécologues**. Même si la proportion de femmes jamais dépistées est plus élevée parmi les patientes que le médecin ne connaît pas, il n'en demeure pas moins que **73% des patientes jamais dépistées sont des femmes régulièrement suivies par des généralistes**. Par contre, **27% seulement de ces patientes jamais dépistées sont des patientes régulières des gynécologues**. A l'opposé, 48% d'entre elles leur étaient inconnues ou quasi inconnues.

Tableau 21

Proportion de patientes "mammo –" ayant déjà eu ou non une mammographie de dépistage dans le passé selon la spécialité

Dépistage antérieur	Généralistes	Gynécologues
Oui	70.1	93.8
Non	23.9	5.2
Ne sait pas	6.0	1.0
<i>EFFECTIFS</i>	922	377

**Chez ces femmes, a priori jamais dépistées, le dépistage a néanmoins été évoqué une fois sur deux par le médecin (et donc, une fois sur deux il ne l'a jamais été).** Cette proportion est indépendante de l'âge de la patiente.

Tableau 22

Proportion de patientes n'ayant jamais eu de mammographie de dépistage avec lesquelles cet examen a néanmoins déjà été évoqué par le médecin selon la spécialité

A déjà évoqué cet examen	%
<b>Généralistes</b>	<b>49.4</b>
<i>EFFECTIFS</i>	218
<b>Gynécologues</b>	<b>47.9</b>
<i>EFFECTIFS</i>	18

Parmi les patientes suivies par un généraliste qui n'ont jamais eu de mammographie, le dépistage a été évoqué par le médecin dans une proportion plus grande dans les départements avec dépistage organisé (62%), par les médecins ayant une forte valence prévention (57%) et par les médecins de sexe féminin (64%). Cette analyse n'a pas été réalisée chez les gynécologues en raison du très faible nombre de patientes n'ayant jamais passé de mammographie (18).

Tableau 23

Proportion de patientes de médecins généralistes jamais dépistées avec qui le thème du dépistage a néanmoins été abordé selon le département (avec ou sans dépistage organisé), la valence prévention du médecin, son sexe et le suivi habituel de la patiente

	Avec DO	Sans DO	Prévention ++	Prévention +/-	H	F	Suivie rég.	Suivie occas.	Pas suivie
Dépistage déjà abordé (%)	62.1	32.8	57.2	45.1	44.6	64.4	54.6	42.7	12.7
<i>EFFECTIFS</i>	126	96	79	143	168	51	162	44	15

Il apparaît cependant que, **assez souvent, les femmes qui n'ont pas passé de mammographie de dépistage au cours des 24 mois écoulés sont simplement en retard par rapport au calendrier de dépistage** : 3 fois sur 4 dans la clientèle des gynécologues (mais seulement 1 fois sur 3 dans celle des généralistes), une mammographie de dépistage avait été pratiquée 2 à 3 ans auparavant.

Tableau 24

Antériorité de la dernière mammographie chez les patientes "mammo –" selon la spécialité (% pondéré)

Dernière mammographie ≥ 24 mois	Généralistes	Gynécologues
2 à 3 ans	35.2	76.0
3 à 5 ans	21.7	12.2
5 à 10 ans	9.5	3.2
> 10 ans	1.9	1.2
Date mammo ant. inconnue	1.7	1.2
Pas de dépistage ant. ou NSP	29.9	6.2
<i>EFFECTIFS</i>	922	377

De plus, lorsqu'une mammographie de dépistage a été prescrite dans le passé, 3 fois sur 4 les gynécologues participant à l'étude ont eu l'occasion au moins une fois de prescrire eux-mêmes cet examen, ce qui est également le cas 4 fois sur 10 pour les généralistes.

Tableau 25

Proportion de patientes "mammo –" déjà dépistées dans le passé pour lesquelles, au moins une fois, une mammographie a été prescrite par le médecin répondant selon la spécialité

A déjà prescrit une mammo.	%
<b>Généralistes</b>	<b>41.7</b>
<i>EFFECTIFS</i>	650
<b>Gynécologues</b>	<b>75.1</b>
<i>EFFECTIFS</i>	355

**La plupart des femmes incluses dans l'enquête du fait qu'elles n'ont pas passé de mammographie au cours des deux années écoulées ont néanmoins bénéficié au moins une fois d'un examen clinique des seins de la part du médecin ; c'est le cas de 58% des patientes incluses par les généralistes et de 88% de celles incluses par les gynécologues. La plupart du temps, la palpation des seins a été réalisée à plusieurs reprises.**

Tableau 26

Proportion de patientes "mammo –" pour qui une palpation des seins a été réalisée au moins une fois par le médecin répondant selon la spécialité

Palpations des seins	Généralistes	Gynécologues
Plusieurs fois	41.6	76.6
Une fois	16.8	11.0
Jamais	41.5	12.3
<i>EFFECTIFS</i>	916	372

Ici encore, la pratique du médecin en matière d'examen clinique des seins est très directement liée à certains facteurs : cette pratique régulière est plus souvent retrouvée, chez les généralistes comme chez les gynécologues, dans les départements bénéficiant d'un dépistage organisé. De plus, chez les généralistes, elle est plus souvent décrite dans la clientèle des praticiens ayant une **forte valence prévention** et de **sexe féminin**.

Tableau 27

Proportion de patientes "mammo –" pour qui une palpation des seins a été réalisée au moins une fois par le médecin répondant selon la spécialité, le département (avec ou sans dépistage organisé), la valence prévention du médecin et son sexe

Avez-vous déjà réalisé une palpation des seins de la patiente ?	Omnipraticiens						Gynécologues					
	DO		Prévention		Sexe		DO		Prévention		Sexe	
	Avec	Sans	++	+/-	H	F	Avec	Sans	++	+/-	H	F
Plusieurs fois	46.5	34.3	57.4	34.0	37.8	52.5	81.3	67.5	76.5	76.7	77.3	76.1
1 fois	15.8	18.4	13.2	18.6	17.3	15.0	8.8	15.4	10.4	11.5	13.2	10.5
Jamais	37.7	47.3	29.4	47.4	44.9	32.4	9.9	17.1	13.1	11.8	9.6	13.3
<i>EFFECTIFS</i>	570	346	296	620	669	236	248	124	156	216	84	285

On notera encore que la palpation répétée des seins est, bien évidemment, très étroitement liée à la connaissance que le médecin a de sa patiente : ainsi, chez les généralistes, elle a été pratiquée à plusieurs reprises chez 50% des patientes habituelles du médecin et chez 16% seulement des patientes occasionnelles. Chez les gynécologues, elle a été pratiquée à plusieurs reprises chez 99% des patientes régulières et chez 74% des patientes occasionnelles.

Le suivi gynécologique des patientes n'ayant pas passé de mammographie au cours des 12 mois écoulés a également été exploré par le travers du dépistage du cancer du col utérin. Il apparaît que **la plupart de ces femmes ont déjà eu un frottis cervico-utérin** (71% dans la clientèle des généralistes, 94% dans celle des gynécologues).

Tableau 28

Proportion de patientes "mammo –" ayant eu un frottis cervico-vaginal selon la spécialité

Frottis	Généralistes	Gynécologues
Oui	71.1	94.5
Non	14.2	2.2
Ne sait pas ou N.R.	14.7	3.3
<i>EFFECTIFS</i>	922	377

Dans les deux catégories professionnelles, les proportions observées sont indépendantes du groupe de départements (avec ou sans dépistage organisé), de la valence prévention du médecin ou de son sexe. Elles sont par contre fortement liées à l'âge de la patiente ( $p < 10^{-3}$ ).

**Tableau 29**  
Proportion de patientes "mammo –" ayant eu un frottis cervico-vaginal selon la spécialité, le suivi de la patiente et son âge

Généralistes						Gynécologues					
Suivies régul.	Suivies occas.	Pas suivies	50-59 ans	60-69 ans	70-74 ans	Suivies régul.	Suivies occas.	Pas suivies	50-59 ans	60-69 ans	70-74 ans
72.7	69.0	51.2	80.6	70.5	58.5	95.8	97.3	90.7	95.8	97.5	74.5
719	165	42	330	365	229	212	92	64	245	95	32

Lorsqu'un frottis a été réalisé, pour le tiers des patientes concernées il a été au moins une fois prescrit ou pratiqué par le généraliste qui a participé à l'enquête, tandis que 80% des patientes ont eu un frottis prescrit ou pratiqué par le gynécologue répondant.

**Tableau 30**  
Proportion de patientes "mammo –" ayant eu au moins un frottis cervico-vaginal prescrit ou pratiqué par le médecin participant à l'enquête selon la spécialité

Frottis prescrit ou réalisé par le médecin participant	%
Patientes des généralistes	35.9
<i>EFFECTIFS</i>	660
Patientes des gynécologues	78.4
<i>EFFECTIFS</i>	360

L'ancienneté du dernier frottis diffère sensiblement selon que l'on considère la clientèle des généralistes et celle des gynécologues. **Chez les généralistes, 15% des patientes n'ayant pas passé de mammographie récente ont eu un frottis dans les deux ans écoulés tandis que dans 50% des cas, cet examen remonte à plus de 3 ans. Chez les gynécologues, un frottis récent a été pratiqué dans 42% des cas et cet examen remonte à plus de 3 ans dans 18% des cas seulement.**

**Tableau 31**  
Ancienneté du dernier frottis chez les patientes "mammo –" ayant eu au moins un frottis cervico-vaginal selon la spécialité (% pondéré)

Dernier frottis	Généralistes	Gynécologues
< 2 ans	15.9	41.7
2 à 3 ans	33.1	40.5
3 à 5 ans	22.6	6.2
5 à 10 ans	17.1	4.8
> 10 ans	5.1	2.6
Date inconnue	6.2	4.3
<i>EFFECTIFS</i>	660	360

**On voit que toutes les patientes qui n'ont pas passé une mammographie récente ne sont pas -loin s'en faut- des femmes sans aucun suivi gynécologique : presque toutes ont déjà eu une mammographie et un frottis cervico-vaginal et, la plupart du temps, la mammographie est relativement récente (moins de 3 ans). De même, la plupart des patientes incluses par les gynécologues ont-elles eu un frottis cervico-vaginal depuis moins de 3 ans, ce qui est également le cas de la moitié des femmes de la clientèle des généralistes n'ayant pas récemment passé de mammographie.**

## b) *Suivi préventif en dehors de la sphère gynécologique*

La plupart des patientes "mammo-" incluses par les généralistes (87%) et la moitié de celles incluses par les gynécologues (47%) ont déjà eu au moins une fois un dépistage de la glycémie à jeun.

**Tableau 32**  
Proportion de patientes "mammo –" ayant au moins une fois bénéficié d'un dosage de la glycémie à jeun selon la spécialité

<b>Patientes ayant bénéficié d'au moins 1 dosage glycémie à jeun</b>	<b>%</b>
<b>Patientes des généralistes</b>	<b>87.1</b>
<i>EFFECTIFS</i>	<i>920</i>
<b>Patientes des gynécologues</b>	<b>47.0</b>
<i>EFFECTIFS</i>	<i>369</i>

La réalisation de cet examen est, chez les généralistes, tout à fait indépendante de la valence prévention du médecin alors que, chez les gynécologues, ce dosage a été plus souvent réalisé par les médecins ayant une forte valence prévention que par leurs confrères (53% contre 43% ;  $p=0.05$ ). La fréquence de cet examen est par ailleurs liée à l'âge de la patiente : la proportion de femmes qui en ont bénéficié augmente avec l'âge chez les généralistes (de 79% à 92%) alors qu'elle suit une tendance inverse chez les gynécologues (de 51% à 27%). Cette proportion est, par ailleurs, très liée à la connaissance que le médecin a de la patiente : 95% des patientes régulièrement suivies par le généraliste et 65% de celles régulièrement suivie par le gynécologue ont eu un tel dosage.

Un autre indicateur de suivi préventif était la vaccination antitétanique. La date du dernier rappel est approximativement connue pour 84% des patientes des généralistes et seulement 57% des patientes des gynécologues. Quand elle est connue, elle remonte en moyenne à 6 ans pour les patientes des généralistes et à 8 ans pour celles des gynécologues. On ne relève pas de corrélation entre l'ancienneté du dernier rappel et la valence prévention du médecin. Dans les dossiers renseignés, on note que l'ancienneté est d'autant plus grande que l'âge de la patiente est élevé.

**Tableau 33**  
Ancienneté du dernier rappel de vaccination anti-tétanique chez les patientes "mammo –" selon la spécialité (% pondéré)

<b>Dernier rappel</b>	<b>Généralistes</b>	<b>Gynécologues</b>
< 2 ans	10.6	4.8
2 à 3 ans	14.1	5.6
3 à 5 ans	20.2	15.9
5 à 10 ans	33.5	22.4
> 10 ans	5.7	8.3
Date inconnue ou N.R.	15.9	43.1
<i>EFFECTIFS</i>	<i>922</i>	<i>377</i>

c) **Attention apportée par la patiente à sa santé**

Visiblement, les patientes qui n'ont pas passé de mammographie au cours des 24 mois écoulés ne sont pas toutes insouciantes de leur santé. Ainsi, de l'avis du médecin, une sur cinq environ accorde beaucoup d'attention à sa santé et à son hygiène de vie tandis que plus d'une sur deux y accorde "une certaine attention". Finalement, **les femmes "négligentes" ne représentent que le quart des patientes non ou mal dépistées dans la clientèle des généralistes, moins de 20% dans celle des gynécologues.**

Tableau 34  
Opinion des médecins sur l'attention accordée par les patientes "mammo –" à leur santé et à leur hygiène de vie selon la spécialité (% pondéré)

Attention accordée par les patientes	Généralistes	Gynécologues
Une très grande attention	16.9	21.4
Une certaine attention	53.3	59.0
Peu d'attention	23.5	17.7
Aucune attention	3.5	0.5
Ne peut pas juger ou N.R.	2.8	1.4
EFFECTIFS	922	377

Sur ce point, l'opinion des médecins n'apparaît pas liée à l'âge de la patiente.

## V - CONTENU DE LA CONSULTATION

### V.1- Motifs et circonstances de la consultation

Les deux tiers des consultations notifiées chez les généralistes ont eu lieu sur rendez-vous, ce qui était le cas de la quasi-totalité des consultations chez les gynécologues (99%). Dans leur très grande majorité, les patientes incluses par les généralistes sont venues pour des motifs non liés au dépistage du cancer du sein (1% seulement ont consulté spécifiquement pour une mammographie tandis que 4% consultaient pour un suivi gynécologique). Bien entendu, les motifs de consultation chez les gynécologues sont très différents. On relève en particulier que près d'une consultation sur 10 était spécifiquement prévue pour une mammographie.

Tableau 35  
Principale(s) raison(s) ayant motivé la consultation des patientes "mammo –" selon la spécialité

Motif de consultation	Généralistes	Gynécologues
Pathologie aiguë	32.2	8.5
Suivi gynéco (frottis....)	3.8	83.4
Suivi d'affection chronique	58.4	1.9
Mammographie	1.0	9.0
Prévention (hors sphère gynéco)	4.5	0.6
Problème psycho-social	4.6	0.3
autre raison	4.1	7.0
EFFECTIFS	922	377

### V.2- Abord du thème du dépistage : circonstances, modalités, difficultés

#### a) *Fréquence de l'abord*

Lors de la consultation étudiée, les médecins associés à l'étude ont, dans la très grande majorité des cas (78% pour les généralistes et 95% pour les gynécologues), abordé -au moins succinctement- le thème du dépistage avec la patiente.

Tableau 36  
Proportion de patientes " mammo –" avec qui le thème du dépistage mammographique a été abordé au cours de la consultation selon la spécialité

Abord du thème	%
Patientes des généralistes	78.0
EFFECTIFS	922
Patientes des gynécologues	95.4
EFFECTIFS	377

Ces proportions sont tout à fait indépendantes de l'existence ou non d'un programme de dépistage organisé dans le département, de la valence prévention du médecin, de son sexe. Cependant, comme on pouvait le penser, **le fait de participer à la présente étude a eu un effet incitatif certain** chez de nombreux généralistes et il serait abusif de considérer que ces proportions reflètent la pratique habituelle de ces derniers. Ainsi, dans 54% des consultations de généralistes où ce thème a été abordé, le médecin reconnaît qu'il ne l'aurait pas fait (probablement pas ou certainement pas) s'il n'y avait pas eu l'enquête de l'UPML. **On peut donc considérer que, en l'absence de l'enquête, le thème du dépistage du**

**cancer du sein n'aurait été abordé que pour 36% des patientes qui n'ont pas eu de mammographie depuis 2 ans.** Chez les gynécologues par contre, l'impact de l'enquête apparaît négligeable : il est signalé dans moins de 1% des cas où le thème a été abordé. **Chez les gynécologues, le dépistage aurait donc été évoqué dans 95% des cas.**

**Tableau 37**  
Proportion de patientes "mammo –" pour lesquelles le médecin considère que le thème du dépistage aurait ou non été abordé en l'absence de l'enquête selon la spécialité (% pondéré)

Dépistage abordé sans l'enquête	Généralistes	Gynécologues
Certainement	23.8	97.9
Probablement	22.2	1.8
Probablement pas	37.3	0.3
Certainement pas	16.7	0.0
<i>EFFECTIFS</i>	718	357

**On relève par ailleurs qu'une fois sur 10 chez les généralistes et deux fois sur trois chez les gynécologues, il était prévu au préalable d'aborder ce thème avec la patiente.** Chez les généralistes, cela est un plus souvent le cas lorsque le médecin a une forte valence prévention (18% contre 12% dans le cas contraire ;  $p=0.02$ ) ou lorsqu'il est de sexe féminin (19% contre 12% ;  $p=0.01$ ). Ces deux facteurs sont par contre sans incidence sur le comportement des gynécologues en la matière.

**Tableau 38**  
Proportion de patientes "mammo-" pour lesquelles l'abord du dépistage du cancer du sein était prévu avant la consultation

Prévu avant la consultation	%
<b>Patientes des généralistes</b>	<b>10.7</b>
<i>EFFECTIFS</i>	922
<b>Patientes des gynécologues</b>	<b>65.3</b>
<i>EFFECTIFS</i>	377

Il a paru intéressant de déterminer quels facteurs pouvant être liés au fait d'aborder le thème du dépistage avec une patiente. Pour ce faire, on a choisi de ne prendre en compte que les cas où le médecin considère qu'il aurait probablement ou certainement abordé ce thème, même en l'absence de l'enquête. L'étude n'a été conduite que chez les généralistes, le non abord du thème étant très rarement décrit chez les gynécologues.

On note sans surprise que l'abord du thème du dépistage du cancer du sein est très corrélé au suivi de la patiente par le médecin répondant : il est d'autant plus fréquent que ce suivi est régulier. **Ainsi, le thème aurait-il été abordé, même sans l'enquête, pour 38% des patientes "mammo-" régulièrement suivies sur le plan général, pour 73% de celles régulièrement suivies sur le plan gynécologique ou pour 41% de celles qui ont déjà eu une mammographie dans le passé.**

**Tableau 39**  
Fréquence de l'abord du thème du dépistage par les généralistes (même en l'absence de l'enquête) selon le suivi habituel assuré par le médecin (% pondéré) - N=922

Fréquence du suivi	Régulièrement	Occasionnellement	Jamais	p
Suivi de la patiente sur plan général	38.0	28.1	25.6	<0.05
Suivi de la patiente sur plan gynéco.	73.5	46.9	21.6	<0.001
Palpation des seins de la patiente	54.8	29.6	18.6	<0.001
<b>Examens antérieurs réalisés</b>		<b>OUI</b>	<b>NON</b>	
Mammographie		41.5	25.2	<0.001
Frottis		41.6	23.6	<0.001
Glycémie		37.4	24.9	<0.01

Par contre, la fréquence de l'abord "certifié" du thème apparaît indépendant de l'âge de la patiente (de 39% entre 50 et 59 ans à 31% après 70 ans), de son milieu social (de 37% à 38% dans les 3 milieux considérés : milieu populaire, classes moyennes, milieu aisé) et de la taille de l'agglomération de résidence (de 31% à 38% selon le cas).

Enfin, certains autres facteurs apparaissent associés à la fréquence d'abord du thème du dépistage : la présence d'antécédents personnels de maladie du sein, l'attention portée par la patiente à sa santé, l'existence de problèmes culturels (problème de langue), de santé mentale ou d'une pathologie grave ou invalidante.

**Tableau 40**  
Fréquence de l'abord du thème du dépistage par les généralistes (même en l'absence de l'enquête) selon certaines caractéristiques de la patiente (% pondéré) - N=922

Caractéristiques	Présence	Absence	p
Attention portée à sa santé	39.2	28.2	<0.05
ATCD personnels sein	50.0	35.8	<0.05
ATCD familiaux sein	44.3	35.3	NS
Précarité	28.7	36.1	NS
Problème culturel	16.4	36.4	<0.05
Difficultés de transport	41.4	35.2	NS
Problème de santé mentale	10.2	36.7	<0.01
Limitation de l'autonomie	26.0	36.1	NS
Pathologie grave ou invalidante	13.8	36.4	<0.01

### **b) Circonstances de l'abord du thème**

**Dans la clientèle des généralistes, quand le thème a été abordé, c'est plus de neuf fois sur 10, à l'initiative du seul médecin** (cette proportion est strictement identique, qu'il existe ou non un programme de dépistage organisé et quelle que soit la valence prévention du médecin et son sexe). **Chez les gynécologues, une fois sur trois, l'abord du thème se fait à l'initiative commune du médecin et de sa patiente**, sans variation significative en fonction des différents paramètres étudiés.

**Tableau 41**  
Personne à l'initiative de l'abord du thème du dépistage du cancer du sein lors de la consultation selon la spécialité (% pondéré)

Personne à l'initiative	Généralistes	Gynécologues
Le médecin	92.2	59.5
La patiente	2.5	6.0
Le médecin et la patiente	5.2	34.5
Un proche de la patiente	0.0	0.0
<i>EFFECTIFS</i>	<i>713</i>	<i>357</i>

Par ailleurs, lorsque le thème du dépistage est abordé dans le cabinet d'un généraliste, le moment est très variable : début, milieu ou fin de consultation. Chez les gynécologues, il est très rare que cela le soit en fin de consultation.

Tableau 42  
Moment de l'abord du thème du dépistage selon la spécialité (% pondéré)

	Généralistes	Gynécologues
En début de consultation	21.9	41.9
En cours de consultation	45.4	52.0
En fin de consultation	32.7	6.1
EFFECTIFS	719	357

Presque toujours chez les gynécologues (97% des cas) et le plus souvent chez les généralistes (57%), l'abord du thème s'est inscrit tout à fait naturellement dans le déroulement de la consultation. Les généralistes ayant une forte valence prévention sont plus nombreux que leurs confrères à dresser ce constat (64% contre 54% dans le cas contraire). A l'opposé, dans 13% des cas chez les généralistes, cette "inscription" ne s'est pas faite dans des conditions optimales.

Tableau 43  
Proportion de patientes "mammo –" pour lesquelles l'abord du thème du dépistage s'est ou non naturellement inscrit naturellement dans le déroulement de la consultation (% pondéré)

Inscription naturelle dans déroulement de la consult	Généralistes	Gynécologues
Tout à fait	57.3	96.7
Plus ou moins	29.5	3.0
Non	13.2	0.2
EFFECTIFS	719	357

Ce problème est plus souvent retrouvé lorsqu'il s'agit de patientes non suivies sur le plan gynécologique par le généraliste : 19% des cas contre 3% lorsque la patiente est régulièrement suivie sur ce plan et 7% lorsqu'elle l'est occasionnellement. De la même manière, ce problème est deux fois plus souvent rencontré en cas de consultation sans rendez-vous (20% contre 10%).

Parallèlement, on relève que près d'une fois sur trois chez les généralistes le déroulement des consultations du jour a été perturbé par l'abord du thème du dépistage. Dans 8% des cas cette perturbation a été sensible. Une telle perturbation n'est qu'exceptionnellement décrite par les gynécologues.

Tableau 44  
Perturbation des consultations du jour occasionnée par l'abord du thème du dépistage du cancer du sein selon la spécialité (% pondéré)

Perturbation occasionnée	Généralistes	Gynécologues
Sensiblement	8.3	0.5
Un peu	28.0	4.3
Pas spécialement	63.7	95.2
EFFECTIFS	719	357

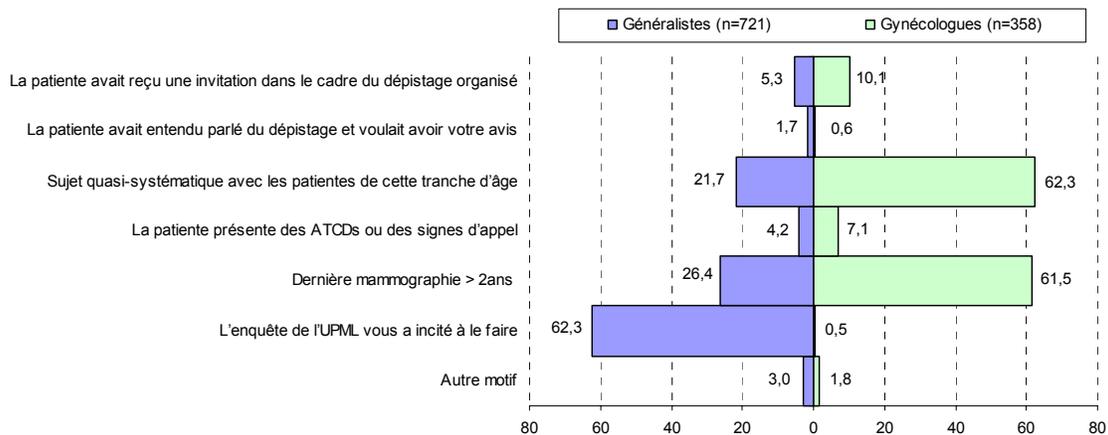
Une perturbation sensible des consultations est moins souvent signalée par les généralistes qui ont une forte valence prévention (2% contre 11% ;

$p < 0.05$ ), elle est par contre plus souvent décrite dans le cas où le généraliste ne suit pas la patiente sur le plan gynécologique (10% contre 3% lorsqu'il la suit régulièrement sur ce plan ;  $p < 0.05$ ).

**c) Raisons ayant conduit à l'abord ou au non abord du thème**

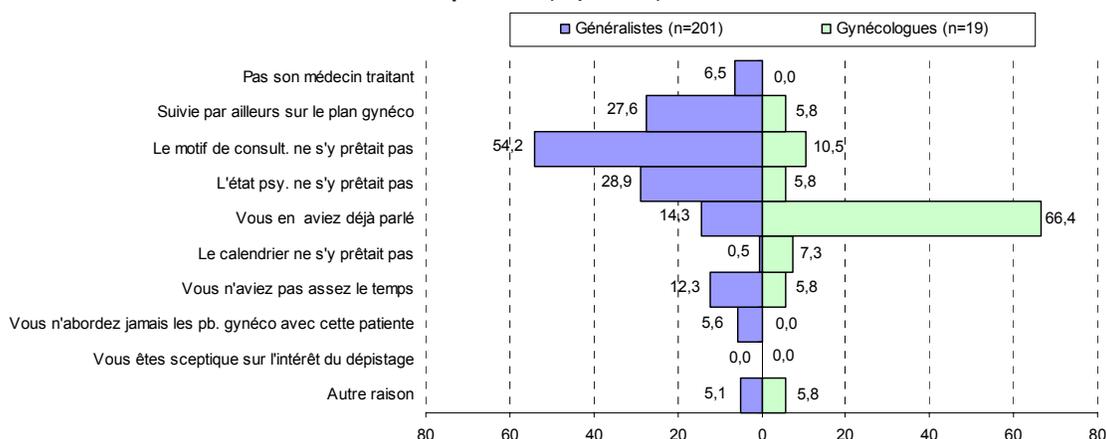
Lorsque le thème a été abordé durant la consultation, les généralistes reconnaissent le rôle incitatif majeur joué par l'enquête de l'UPML (62% des cas). Ils citent ensuite les deux raisons qui priment largement dans les réponses des gynécologues : la **date de la dernière mammographie** et le fait **d'aborder quasi systématiquement le sujet avec leurs patientes de cette tranche d'âge**. Cette dernière raison, pointée par 61% des gynécologues et 22% des généralistes, n'est **pas plus souvent relevée dans les départements où existe un dépistage organisé que dans les autres**, elle est par contre deux fois plus souvent mise en avant par les généralistes ayant une forte valence prévention que par leurs confrères (32% contre 16% ;  $p < 0.001$ ). On doit encore signaler que, dans les départements bénéficiant d'un dépistage organisé, le motif lié au fait que la patiente avait reçu une invitation est loin d'être exceptionnel : 15% des cas chez les gynécologues et 9% chez les généralistes.

**Figure 18**  
Raisons mises en avant pour l'abord du thème du dépistage lors de la consultation selon la spécialité (% pondéré)



Lorsque le thème n'a pas été abordé (situation très rare chez les gynécologues), les médecins mettent en avant des raisons différentes selon leur spécialité. Les généralistes pointent essentiellement le fait que le **motif de la consultation n'était pas propice** (54%), que **l'état psychologique de la patiente ne s'y prêtait pas** (29%) ou que celle-ci était **suivie par ailleurs sur le plan gynécologique** (28%). Plus rarement, ils évoquent le fait qu'ils en avaient déjà parlé (14%) ou le manque de temps (12%). Chez les gynécologues, deux fois sur trois le non abord du thème est lié au fait qu'ils en ont déjà parlé avec leur patiente, beaucoup plus rarement (10%) au fait que le motif de la consultation ne s'y prête pas.

**Figure 19**  
**Raisons mises en avant lorsque le thème du dépistage n'a pas été abordé lors de la consultation selon la spécialité (% pondéré)**



Un certain nombre de difficultés susceptibles de limiter l'accès au dépistage ont parfois été relevées chez certaines patientes (de 1 à 8% des femmes selon le cas). On a vu précédemment que la présence de certaines de ces difficultés conduisait effectivement à un abord moins systématique du dépistage : problème culturel, problème de santé mentale ou présence d'une pathologie grave ou invalidante. Les autres difficultés pointées ne sembleraient pas jouer significativement sur l'abord du thème (précarité, problèmes de transport, limitation de l'autonomie).

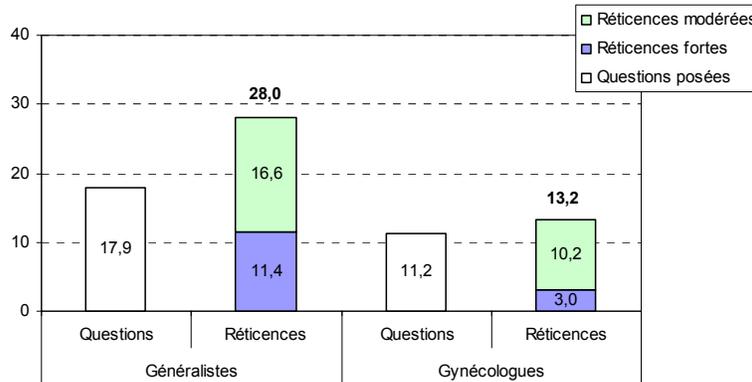
**Tableau 45**  
**Proportion de patientes "mammo –" présentant des difficultés susceptibles de limiter l'accès au dépistage selon la spécialité (% pondéré)**

Difficultés	Généralistes	Gynécologues
Situation matérielle précaire	5.0	1.3
Problème culturel (langue...)	3.4	2.3
Difficultés de transport	8.3	3.3
Pb de santé mentale	3.8	0.7
Limitation de l'autonomie	4.1	1.0
Pathologie grave / invalidante	3.3	0.6
Autre	4.6	8.5
<i>EFFECTIFS</i>	922	377

**d) Interrogations formulées par les patientes et réticences observées**

Un certain nombre de patientes ont posé des questions lorsque le thème du dépistage a été abordé (plus souvent dans la clientèle des généralistes : 18% que dans celles des gynécologues : 11%). D'autres (ou les mêmes) ont fait part de **leurs craintes ou de leurs réticences : 28% chez les patientes des généralistes (dont 11% qui expriment des réticences fortes) et 13% chez les patientes des gynécologues (fortes pour 3% seulement).**

**Figure 20**  
Proportion de patientes "mammo -" ayant posé des questions ou exprimé des craintes ou réticences lorsque le thème du dépistage a été abordé selon la spécialité (% pondéré)



On a pu noter que ces questions et ces réticences s'exprimaient avec une égale fréquence dans les départements où un dépistage est organisé et dans les autres départements. Par ailleurs, les **craintes étaient davantage formulées devant des médecins de sexe féminin** (chez les généralistes en particulier où 18% des patientes ont exprimé une forte réticence lorsque le praticien était une femme contre 9% lorsqu'il s'agissait d'un homme ;  $p < 0.05$ ).

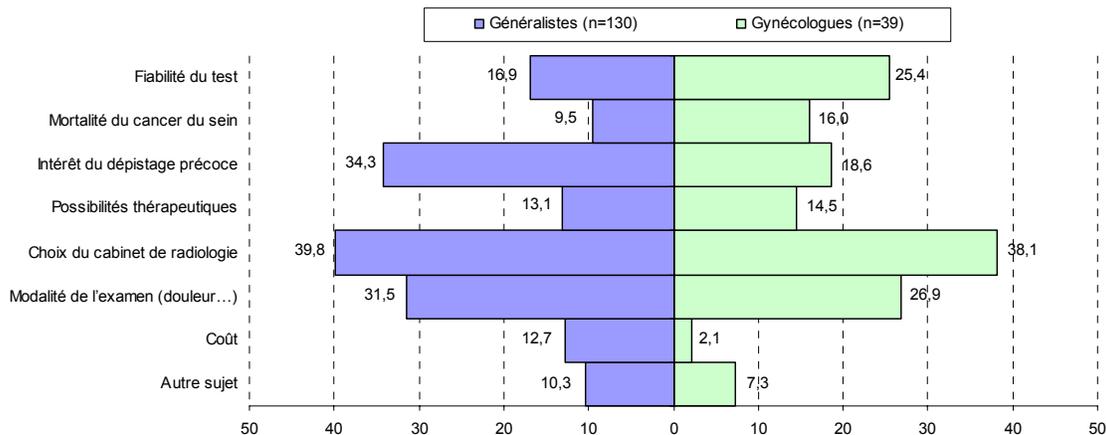
D'autres croisements présentés en annexe permettent de voir que, dans la clientèle des généralistes, des questions sont plus volontiers posées par les patientes non suivies par le médecin (29% contre 17% dans le cas contraire ;  $p < 0.001$ ) et par celles qui n'ont pas passé de mammographie antérieurement. Dans la clientèle des gynécologues, des questions sont plus volontiers posées par les patientes suivies occasionnellement (20%), par les femmes d'âge intermédiaire (17% entre 60 et 69 ans) et par les femmes accordant peu d'attention à leur santé (17%). **Quant aux réticences, elles ont été beaucoup plus souvent formulées par les patientes qui n'avaient jamais passé de mammographie (5 à 10 fois plus souvent que par les autres patientes, soit 29% chez les généralistes et 19% chez les gynécologues) et par les femmes accordant peu d'attention à leur santé (17%).**

Parmi les **questions** posées, 4 sujets dominant, aussi bien chez les généralistes que chez les gynécologues :

- le **choix du cabinet de radiologie** (plus du tiers des patientes qui ont eu l'occasion de poser des questions),
- les **modalités de l'examen** et, en particulier, la **douleur** provoquée (entre un tiers et un quart des patientes),
- **l'intérêt du dépistage précoce** (question posée par le tiers des patientes des généralistes et près de 20% de celles des gynécologues),
- la **fiabilité du test** (qui préoccupe une patiente sur quatre chez les gynécologues et une sur cinq chez les généralistes).

D'autres sujets sont abordés avec une fréquence moindre mais de façon non exceptionnelle : la mortalité par cancer, les possibilités thérapeutiques, le coût de l'examen.

**Figure 21**  
Nature des questions posées par les patientes "mammo –" lorsque le thème du dépistage est abordé selon la spécialité (% pondéré)

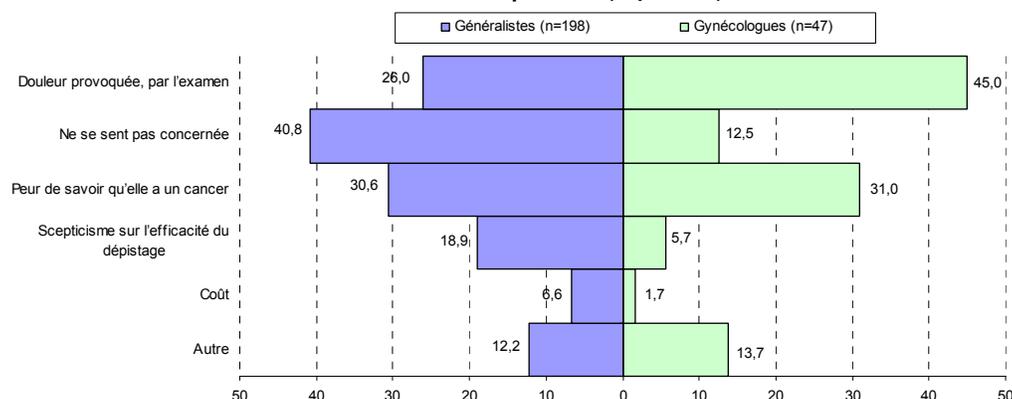


Les patientes des généralistes qui n'ont pas passé de mammographie depuis 2 ans expriment trois grandes **réticences** quand le thème du dépistage est abordé :

- le fait de **ne pas se sentir concernée** (4 patientes sur 10 parmi celles qui ont exprimé des réticences),
- la **peur de savoir** (une sur trois),
- la **douleur provoquée par l'examen** (une sur quatre),
- on notera enfin qu'une patiente sur cinq exprime un **scepticisme sur l'efficacité du dépistage**.

Quant aux patientes des gynécologues qui n'ont pas passé de mammographie récente, elles expriment deux grandes réticences : la douleur liée à la mammographie (45%) et la peur de savoir (une sur trois).

**Figure 22**  
Nature des craintes ou réticences exposées par les patientes "mammo -" lorsque le thème du dépistage est abordé selon la spécialité (% pondéré)



On pourra noter dans les croisements présentés en annexe, que la douleur constitue plus souvent une réticence chez les femmes qui ont déjà passé une mammographie (deux fois plus souvent que chez les autres) et que le sentiment de ne pas être concernée est, logiquement, plus développé chez les femmes prêtant peu d'attention à leur santé.

### V.3- Attitude adoptée par le médecin et complaisance présumée de la patiente

A l'occasion de l'abord du thème du dépistage avec une femme n'ayant pas eu de mammographie récente, plus de neuf fois sur 10 le gynécologue a fortement incité sa patiente à pratiquer l'examen. C'est également ce qu'a fait, trois fois sur quatre, le généraliste. Quelquefois cependant, le généraliste (et, tout à fait exceptionnellement, le gynécologue) peut adopter une autre attitude : prise de rendez-vous pour une consultation spécifique, informations succinctes, orientation vers le gynécologue.

**Tableau 46**  
Attitude adoptée par le médecin à l'occasion de l'abord du thème du dépistage selon la spécialité (% pondéré)

Attitude adoptée	Généralistes	Gynécologues
Patiente fortement incitée à pratiquer l'examen	75.5	91.2
Proposition de RDV pour une consultation spécifique	9.2	1.8
Quelques informations succinctes fournies	7.6	2.1
Conseil à la patiente d'en parler à son gynécologue	8.5	0.0
Autre attitude	5.1	2.6
<i>EFFECTIFS</i>	721	358

L'attitude du médecin apparaît indépendante de l'existence ou non d'un dépistage organisé, de sa valence prévention et de son sexe. Chez les généralistes, elle est liée à certains facteurs : l'incitation à pratiquer une mammographie est plus fréquente chez les patientes suivies régulièrement par le médecin sur le plan gynécologique (85%), le fait de se contenter de quelques informations succinctes est plus fréquent avec les femmes qui

n'ont jamais eu de mammographie (14% contre 5% dans le cas contraire). De plus, de manière logique, l'orientation vers un gynécologue est plus fréquente lorsque le généraliste n'assure pas le suivi gynécologique (13% contre 2% dans le cas contraire). Chez les gynécologues, la seule hétérogénéité significative notée tient à une **incitation moins fréquente chez les patientes de plus de 70 ans que chez les autres** (80% contre 92% ;  $p < 0.05$ ).

Par ailleurs, **une fois que le thème a été abordé avec les patientes n'ayant pas passé de mammographie récente, presque systématiquement chez les gynécologues (99%) mais seulement deux fois sur trois chez les généralistes (68%), une radiographie des seins a été prescrite à la patiente.**

Tableau 47  
Fréquence et modalité de prescription d'une mammographie de dépistage chez les patientes "mammo -" avec qui le thème du dépistage a été abordé selon la spécialité (% pondéré)

Prescription mammo	Généralistes	Gynécologues
OUI	67.8	99.3
<i>Dont : dépistage organisé</i>	14.9	16.0
<i>dépistage individuel</i>	52.9	83.3
NON	32.1	0.7
<i>EFFECTIFS</i>	715	355

Quelques hétérogénéités apparaissent dans l'attitude des généralistes (ce qui n'est pas le cas chez les gynécologues) : on relève ainsi que **la prescription d'une mammographie est plus fréquente dans des départements sans dépistage organisé** (75% contre 63% ;  $p < 0.001$ ), de même qu'elle est **plus fréquente chez les praticiens ayant une forte valence prévention** (74% contre 65% ;  $p < 0.02$ ). La fréquence de prescription est indépendante du suivi assuré par le médecin sur le plan général, elle est par contre **très corrélée au suivi qu'il assure sur le plan gynécologique** (prescription dans 84% des cas lorsque le médecin assure régulièrement ce suivi, dans 75% lorsqu'il l'assure occasionnellement et dans 59% lorsqu'il ne l'assure pas du tout ;  $p < 0.001$ ). La fréquence de prescription est également plus élevée lorsque la patiente a déjà eu une mammographie que dans le cas contraire (respectivement 71% et 56% ;  $p < 0.001$ ).

Par ailleurs, l'étude confirme la **très forte persistance du dépistage individuel dans les départements où existe un dépistage organisé** puisque, **dans ces départements, 3 fois sur 4 la prescription du généraliste a été faite à titre individuel et 4 fois sur 5 celle du gynécologue.**

Tableau 48  
Fréquence et modalité de prescription d'une mammographie aux patientes "mammo-" chez qui le thème du dépistage a été abordé selon la spécialité et l'existence ou non d'un dépistage organisé

Prescription mammo	Généralistes		Gynécologues	
	Avec DO	Sans DO	Avec Do	Sans DO
OUI	62.8	75.3	99.5	98.9
<i>Dont : dépistage organisé</i>	16.6	12.5	19.8	8.8
<i>dépistage individuel</i>	46.2	62.8	79.6	90.1
NON	37.1	24.7	0.5	1.1

Lorsqu'une mammographie de dépistage a été prescrite, les généralistes pensent qu'elle sera probablement ou certainement suivie dans 80% des cas et les gynécologues dans 94% des cas. De plus, les gynécologues apparaissent beaucoup plus affirmatifs (pour 81% de leurs patientes ils affirment que l'examen sera *certainement* réalisé, ce qui n'est le cas, pour les généralistes, que pour 57% des patientes). A l'opposé, des doutes sont émis sur la compliance de 20% des patientes des généralistes et de 6% des patientes des gynécologues.

**Tableau 49**  
Opinion des médecins sur la compliance des patientes "mammo -" à qui une mammographie de dépistage a été prescrite selon la spécialité (% pondéré)

Patientes fera la mammo prescrite	Généralistes	Gynécologues
Certainement	57.5	81.2
Probablement	22.3	12.5
Peut-être	15.2	4.9
Probablement pas	3.9	1.0
Ne sait pas du tout ou N.R.	1.1	0.5
<i>EFFECTIFS</i>	486	352

Des doutes sont plus volontiers émis par les généralistes de sexe féminin (29% contre 17% ;  $p < 0.01$ ) et par les spécialistes exerçant dans des départements avec dépistage organisé (8% contre 2% ;  $p < 0.05$ ).

Par ailleurs, des doutes sont plus souvent mentionnés par les généralistes au sujet de femmes qu'ils ne suivent pas sur le plan général (42% contre 18% lorsqu'ils assurent un suivi régulier), de femmes qu'ils ne suivent pas sur le plan gynécologique (28% contre 9% lorsque ce suivi est régulier), de femmes qui n'ont pas eu de mammographie antérieure (40% contre 15% dans le cas contraire) ou encore de femmes accordant peu d'attention à leur santé (44% contre 11% dans le cas contraire). Quant aux gynécologues, leurs doutes sur la compliance de la patiente sont plus élevés lorsqu'il s'agit de femmes n'ayant jamais passé de mammographie (38% contre 4% dans le cas contraire), de femmes n'accordant que peu d'attention à leur santé (18% contre 4% pour les autres) ou encore d'ouvrières ou d'agricultrices (19% contre 2 à 6% dans les autres milieux sociaux).

**Tableau 50**  
Proportion de patientes "mammo-" à qui une mammographie de dépistage a été prescrite et pour lesquelles le médecin exprime des doutes quant à la compliance selon certaines caractéristiques de la patiente (% pondéré)

	Suivi sur plan général			Suivi sur plan gynécologique			Mammo antérieure		Age			CSP			Attention santé	
	Régul	Occas	Non	Régul	Occas	Non	Oui	Non	50-69	60-69	70-74	1	2	3	Oui	Non
<b>Patientes des généralistes</b>																
% doutes sur compliance	17.9	27.4	42.0	8.7	15.9	28.1	15.0	40.5	20.3	21.3	18.4	21.1	20.0	18.1	11.1	43.8
<i>EFFECTIFS</i>	393	74	19	106	144	234	381	93	178	193	113	126	143	118	350	131
<b>Patientes des gynécologues</b>																
% doutes sur compliance	X	X	X	7.5	3.6	5.8	3.8	38.3	6.1	5.8	9.8	6.0	1.6	18.8	3.8	18.5
<i>EFFECTIFS</i>	X	X	X	198	87	60	327	19	235	87	28	153	102	33	281	64

CSP1 : profession interm. et supérieure , CSP2 : employées ; CSP3 : ouvrières, agricultrices

Les raisons qui peuvent faire douter de la compliance de certaines patientes sont identiques chez les généralistes et les gynécologues et tiennent essentiellement à une relative **indifférence de la femme** (explication avancée dans environ 50% des cas) ou à la **négligence** (1 fois sur trois).

**Tableau 51**  
Raisons avancées par les médecins pour expliquer leurs doutes quant à la compliance de certaines patientes selon la spécialité (% pondéré)

Raisons mauvaise compliance	Généralistes	Gynécologues
Négligence	36.7	31.2
Relative indifférence	43.5	51.8
Autres raisons	19.7	17.0
<i>EFFECTIFS</i>	90	20

Ces patientes pour lesquelles une mammographie de dépistage n'a pas été prescrite lors de la consultation sont au nombre de 229 dans la clientèle des généralistes et de 3 dans celle des gynécologues. **Une fois sur trois, le motif de la non prescription d'une mammographie par le généraliste est le refus de la patiente** (ramené à l'ensemble de la clientèle "mammo-" des généralistes, la **proportion de refus est de 8%**). Assez souvent également, la non prescription est liée au fait que **la patiente a souhaité consulter son gynécologue** (une fois sur quatre) ou que **la prescription a été repoussée à une prochaine consultation** (une fois sur cinq).

**Tableau 52**  
Raisons invoquées par les médecins en cas de non prescription d'une mammographie au cours de la consultation selon la spécialité (% pondéré).

*Nota : les données relatives à la clientèle des gynécologues, calculées sur 3 patientes, sont fournies pour simple information*

Raisons de la non prescription	Généralistes	Gynécologues
Prescription lors d'une prochaine consultation spécifique	21.2	0.0
La patiente a décidé de consulter son gynécologue	24.7	26.0
La patiente a refusé	30.5	0.0
Le motif de consult. ou l'état de la patiente ne s'y prêtait pas	10.0	48.1
Attend qu'elle reçoive l'invitation	7.1	0.0
Autre	12.2	26.0
<i>EFFECTIFS</i>	229	3

Les refus de la patiente apparaissent un motif particulièrement fréquent de non prescription chez les patientes qui n'avaient pas eu de mammographie antérieure (63% contre 16% dans le cas contraire), chez les plus âgées (41% à partir de 70 ans contre 21% entre 50 et 59 ans et 31% entre 60 et 69 ans) et chez les femmes ne prêtant pas une grande attention à leur santé (41% contre 23% dans le cas contraire).

#### V.4- Durée de la consultation

En moyenne, la durée de la consultation pour ces patientes n'ayant pas passé de mammographie récente est plus longue chez les gynécologues que chez les généralistes (23.3 minutes contre 21.1 minutes ;  $p < 0.001$ ).

**Tableau 53**  
Durée de la consultation en minutes selon la spécialité (% pondéré et moyenne)

	Généralistes	Gynécologues
< 10 minutes	0.3	0.0
10-14 minutes	6.5	0.2
15-19 minutes	<b>26.8</b>	9.3
20-24 minutes	<b>38.1</b>	<b>50.7</b>
25-29 minutes	10.7	14.8
30-39 minutes	13.6	21.7
40-49 minutes	3.7	3.2
≥ 50 minutes	0.3	0.0
Moyenne	21.1	23.3
EFFECTIFS	916	373

La durée de la consultation apparaît significativement plus longue lorsque la patiente n'est pas suivie habituellement par le médecin, lorsque le praticien a une valence prévention forte, lorsque son volume d'activité est moyen ou modéré. Elle est également plus longue chez les généralistes de sexe féminin (l'hétérogénéité par sexe n'est pas retrouvée chez les gynécologues). La durée de la consultation est par contre indépendante de l'âge de la patiente.

**Tableau 54**  
Durée moyenne (minutes) de la consultation pour les patientes "mammo-" selon certaines caractéristiques de la patiente et du médecin

Caractéristiques	Modalités	Patientes des gynécologues	
		Patientes des généralistes	
Suivi patiente	Régul.	20.7	Régul. 22.6
	Occas.	22.1	Occas. 22.6
	Non	23.6	Non 26.5
	<i>p</i>	<0.05	<i>p</i> <0.001
Age patiente	50-59	21.5	50-69 23.0
	60-69	20.8	60-69 24.1
	70-74	21.0	70-74 23.0
	<i>p</i>	NS	<i>p</i> NS
Valence prévention médecin	Prévention ++	21.8	Prévention ++ 24.1
	Prévention +/-	20.8	Prévention +/- 22.7
	<i>p</i>	<0.05	<i>p</i> <0.05
Volume d'activité	Activité ++	20.2	Activité ++ 21.5
	Activité +/-	21.9	Activité +/- 26.0
	<i>p</i>	<0.001	<i>p</i> <0.001
Sexe du médecin	Masculin	20.3	Masculin 23.2
	Féminin	23.4	Féminin 23.3
	<i>p</i>	<0.001	<i>p</i> NS
EFFECTIFS		920	369

Par contre, **le fait d'avoir abordé le thème du dépistage du cancer du sein n'a pas rallongé significativement la durée de la consultation, pas plus que le fait d'avoir prescrit une mammographie**. Il est cependant vrai que les femmes avec qui ce thème n'a pas été abordé présentaient peut-être

un profil particulier (patientes moins bien suivies, problème médical ou psychologique complexe ...) susceptible d'allonger la durée de la consultation.

**Tableau 55**  
**Durée moyenne de la consultation (minutes) pour les patientes "mammo-" selon que le thème a été abordé ou non et qu'une mammographie a été prescrite ou non**

		<b>Patientes des généralistes</b>	<b>Patientes des gynécologues</b>
Thème abordé	Oui	21.3	Oui 23.2
	Non	20.3	Non 23.9
	<i>p</i>	<i>NS (p&lt;0.10)</i>	<i>p</i> <i>NS</i>
Mammo prescrite	Oui	21.2	Oui effectifs trop réduits
	Non	21.6	Non pour un calcul valide
	<i>p</i>	<i>NS</i>	<i>p</i> -

## **GROUPES DE PAROLE**

## **I - RAPPEL DE LA METHODE**

Cinq groupes de parole ont été organisés en soirée. Par leur composition et leur localisation, le reflet d'une diversité de situation a été recherché :

- 3 groupes de généralistes : 2 groupes dans des départements où préexistait un dépistage organisé (Isère et Rhône) répondant à des modalités relativement différentes et 1 groupe dans un département sans dépistage organisé (Ardèche),
- 2 groupes de gynécologues : 1 groupe dans un département avec dépistage organisé (Isère), 1 groupe dans un département où le dépistage organisé va être mis en place (Haute-Savoie).

Trois des cinq groupes regroupaient des praticiens exerçant en milieu urbain (agglomérations de Lyon et Grenoble), le quatrième rassemblait des gynécologues de l'ensemble de la Haute-Savoie (avec, toutefois, une majorité en provenance de l'agglomération d'Annecy), le cinquième (Ardèche) rassemblait des généralistes exerçant dans une agglomération de taille relativement modeste (Annonay) ou des médecins ruraux du Nord-Ardèche.

Les médecins participant aux groupes ont été invités par courrier en privilégiant les médecins ayant participé à l'enquête quantitative concomitante conduite par l'UPML Rhône-Alpes et le CAREPS sur le même thème. Un échantillon complémentaire aléatoire de médecins a été sollicité. Une indemnisation forfaitaire était proposée aux participants.

Le nombre de participants recherché était de 8 à 12 par groupe. Selon le site, le nombre de généralistes sollicités a varié de 45 à 137, celui des gynécologues de 54 à 56. Au total, 418 praticiens ont été invités (308 généralistes et 110 gynécologues).

Un coupon-réponse permettait aux praticiens sollicités de faire acte de volontariat. Plusieurs se sont cependant désistés après avoir manifesté leur intention de participer et le nombre de médecins présents a varié de 5 à 9 selon le site : 34 au total, soit 8% des médecins sollicités (7% chez les généralistes et 11% chez les gynécologues). La meilleure adhésion a été relevée chez les généralistes ardéchois (20%), la moins bonne chez les généralistes de l'agglomération lyonnaise (4%).

- Généralistes Grenoble - 12 mars 2003 : 7
- Généralistes Annonay - 13 mars 2003 : 9
- Généralistes Lyon - 27 mars 2003 : 6
- Gynécologues Grenoble - 2 avril 2003 : 7
- Gynécologues Annecy - 10 avril 2003 : 5

Avant d'entamer la lecture du contenu de ces groupes de parole, il convient de rappeler que, plus encore que les enquêtes par questionnaires, ce mode d'exploration expose à un biais de sélection dans la mesure où les médecins volontaires pour participer à cette démarche relativement contraignante ont probablement un profil un peu particulier. On verra cependant que le recrutement des volontaires n'a pas concerné que des ardents partisans du dépistage organisé,

certain détracteurs incisifs ayant également pu à cette occasion faire entendre leur point de vue. Néanmoins, la prudence s'impose quant à une extrapolation des propos recueillis dans ces groupes à l'ensemble des médecins et on se doit de rappeler que le propre d'une approche "qualitative" n'est pas de constituer un échantillon représentatif au sens statistique du terme mais de mieux comprendre ce qui peut se cacher derrière des chiffres et de leur apporter un éclairage différent.

## II - RESTITUTION DES GROUPES

### 1 - Groupe de généralistes de Lyon

Ces médecins exercent dans un département où, depuis près de 15 ans, est proposé un dépistage organisé du cancer du sein. Les femmes de la tranche d'âge concernée reçoivent tous les deux ans une invitation à se rendre dans un cabinet de radiologie. Le passage préalable par le médecin traitant n'est en rien obligatoire.

Le constat dressé par les participants est celui d'un dépistage a présent très bien intégré par les femmes ("*c'est quelque chose qui a bien mordu*"), d'autant que "*la mammographie a bonne presse*". Les campagnes de communication dans le cadre du dépistage organisé ont conduit à une banalisation de cet examen, ce à quoi a également contribué le suivi mammographique des femmes placées sous traitement hormonal substitutif (THS). La première réaction des participants est d'assurer que la plupart de leurs patientes de la tranche d'âge sont "couvertes", sauf, peut-être, certaines personnes âgées. Cependant, plusieurs reconnaissent que l'enquête UPML-CAREPS a permis de pointer l'existence de défauts dans cette couverture. Est évoqué le cas de certaines femmes que l'on pensait ou qui se disaient suivies par un gynécologue.

Le protocole de dépistage du Rhône ne leur pose pas de problème majeur. Au début, un sentiment de dépossession s'est exprimé, avec l'impression d'être court-circuités. Avec le temps, l'habitude a été prise, les réticences ont disparu et l'adhésion s'avère excellente chez les participants à ce groupe. Certains pointent cependant un inconvénient du dépistage organisé : celui, pour le généraliste, de se "démobiliser" en matière de gynécologie et de se décharger totalement sur le dépistage organisé puisqu'il ne se sent plus vraiment en charge du dépistage, qu'il est "couvert" par la campagne départementale : "*c'est trop facile de se contenter d'un simple conseil, 'mais oui, allez-y'...*".

Par ailleurs, la plupart des participants s'accordent à reconnaître que de nombreuses choses ont évolué positivement. Est ainsi notée une nette amélioration au niveau des cabinets de radiologie : amélioration des compétences ("*plus on en fait, meilleur on est*"), de l'accueil, de l'engagement des radiologues dans le dépistage organisé, amélioration également de la qualité des images ("*même un généraliste maintenant peut voir des microcalcifications !*"). Est également notée une amélioration au niveau de l'organisme de gestion, l'ADEMAs, que les médecins libéraux peuvent joindre assez facilement et dont les modalités de rendu des résultats ont progressé (avant les femmes recevaient en cas d'anomalie un petit texte identique, quelle que soit l'anomalie repérée). Il est à ce niveau signalé le problème de secret médical qui peut se poser lorsque l'ADEMAs demande certains renseignements sur une patiente. On s'accorde également à considérer que le nouveau protocole a sensiblement amélioré les choses : double incidence "*avant, les gynécologues disaient aux femmes que ce n'était pas fiable*", bilan complet "dans la foulée" en cas d'anomalie, restitution des clichés....

Certaines réticences sont observées chez les patientes : la douleur constitue une appréhension encore assez fréquente, même si les choses ont bien évolué, on

note également au rang des réticences la peur de savoir, le fait de ne pas se sentir concernée, car bien portante, le fait de se sentir trop âgée, d'avoir "passé l'âge". Ces réticences ne sont pas liées au statut socio-culturel (et sont presque à l'inverse de celui-ci, affirment certains). Les femmes non couvertes semblent à rechercher plutôt parmi les plus âgées, les personnes très stressées, celles qui ont un gros problème de santé intercurrent, les femmes négligentes, celles du quart monde.

Par ailleurs, s'il existe des consultations où l'abord du thème est facile : pilule, THS, ce n'est pas toujours le cas. En fait, il semble que les médecins abordent rarement d'eux-mêmes ce thème si la femme vient pour un motif quelconque. D'un autre côté, rares sont celles qui consultent dans ce but spécifique. En général, l'abord du thème survient au décours de la consultation. Les problèmes de pudeur s'estompent mais des réticences culturelles sont encore, ça et là, notées.

Certains insistent pour ne pas dissocier l'examen clinique (palpation) et la mammographie, tout en soulignant que le dépistage couplé à la palpation prend du temps et que se pose le problème d'une nomenclature adaptée à une telle consultation de prévention.

Pour finir, certains participants ont bien noté que l'enquête à laquelle ils avaient participé avait été pour eux l'occasion de se réinvestir. Enfin, quelques suggestions ont été formulées : inscrire à nouveau sur l'invitation reçue par les femmes "parlez-en à votre médecin", envoyez des comptes-rendus par mail de manière à ce qu'ils puissent être intégrés dans les dossiers informatisés (et, en attendant, changer la qualité du papier utilisé pour les comptes-rendus !), éditer un petit bulletin sur les statistiques départementales ...

## **2 - Groupe de généralistes de Grenoble**

Ces médecins exercent dans un département où, depuis près de 12 ans, est proposé (situation unique en France) un triple dépistage : cancer du sein, du col utérin et du colon-rectum. Cette spécificité, liée à une volonté des institutions porteuses du dépistage organisé, a conduit à un protocole sensiblement plus lourd où le passage préalable de la femme chez le médecin est quasiment rendu obligatoire. La plupart des participants étaient des partisans convaincus de l'intérêt d'un dépistage organisé tout en reconnaissant qu'en pratique, une proportion non négligeable de leurs patientes sont dépistées dans un cadre individuel. Certains facteurs conjoncturels peuvent l'expliquer (prescription dans le cadre d'un bilan de THS, longue interruption de la campagne départementale du fait d'un "conflit" avec les radiologues qui a entraîné une baisse de la "vigilance"), mais la lourdeur de la triple démarche, certaines faiblesses de l'ancien protocole (simple incidence en particulier) et le discours ambigu de certains gynécologues, surtout avant le changement de protocole, contribuent certainement à cet état de fait. Bien que certains reconnaissent ne pas interroger systématiquement leurs consultantes, tous ont l'impression que, quel que soit le cadre dans lequel le dépistage est réalisé, la "couverture" de leurs patientes est satisfaisante mais certains ont constaté, à l'occasion de l'enquête, l'existence de lacunes plus importantes qu'il n'y semblait. Une difficulté rencontrée tient au fait

que tous n'interrogent pas systématiquement leurs consultantes quand ils les savent (ou les croient) suivies sur le plan gynécologique. Les hommes médecins reconnaissent qu'il peut être parfois malaisé d'aborder ce thème avec des patientes qu'ils ne suivent pas du tout d'un point de vue gynécologique. Cependant, ces médecins "convaincus" considèrent que, s'il le veut, le généraliste peut s'inscrire parfaitement dans le dépistage organisé : l'"accroche" médiatique est forte et si la femme sent que cette campagne est relayée par son médecin, sa prise de conscience de l'intérêt du dépistage sera encore majorée, et ce d'autant plus que les femmes parlent entre elles. La patiente est responsabilisée et a conscience de prendre elle-même en charge sa santé quand elle se présente chez son médecin munie de sa lettre d'invitation. Par ailleurs, le discours du médecin a davantage d'écho lorsqu'il aborde de lui-même ce thème puisque sa patiente en a déjà probablement entendu parler. Le dépistage organisé a également contribué à diminuer les peurs : *"tout le monde y passe..."*. Un autre intérêt du dépistage organisé réside dans la prise de conscience de l'intérêt de la régularité du suivi.

Il n'en demeure pas moins que certaines réticences perdurent chez certaines femmes, par exemple chez les plus âgées qui ne se font plus suivre sur le plan gynécologique. D'autres réticences tiennent à la peur de savoir (certains évoquent la "cancérophobie"), à la peur de la douleur, à la négligence (a priori non liée au statut social), à des problèmes culturels. Est également évoquée l'attitude peu "psychologue" de certains manipulateurs radio.

D'une manière générale, les médecins déplorent le fait que, assez souvent, la femme aborde ce thème à la fin de la consultation. Quelques-uns disent alors révoquer la patiente pour une consultation spécifique mais cela est loin d'être le cas général. De plus, si la femme n'est pas régulièrement suivie, beaucoup préfèrent "battre le fer quand il est chaud".

Des problèmes économiques sont également évoqués en cas de reconvoication puisque la gratuité n'est pas totale depuis que le ticket modérateur de cette consultation n'est plus pris en charge par le Conseil Général.

Tous soulignent l'importance du rôle du médecin dans la motivation des femmes les plus éloignées de l'idée de dépistage (*"c'est à force d'en parler que certaines finalement passeront l'examen"*), dans la préparation à l'examen, dans l'explication des résultats, dans l'explication de la suite des événements en cas d'anomalie, bref, son rôle de motivation et d'accompagnement. Unaniment, ils considèrent que le passage préalable par le médecin est capital (ne serait-ce que parce qu'il fournit une certaine assurance que l'examen sera réalisé) et considèrent "inconcevable" un protocole qui ne prévoirait pas cette modalité. Ils insistent sur l'importance de la communication dans les médias qui décuple la force du message du médecin (*"la répétition de l'information finira par porter ses fruits"*).

Au final, ces médecins considèrent que le dépistage organisé, loin de constituer un encadrement dangereux de la profession, valorise la position du médecin, qu'il permet une égalité d'accès à la prévention et permet de toucher des femmes difficilement atteignables sans cela.

### 3 - Groupe de généralistes d'Annonay

Ce groupe de médecins, exerçant dans une petite ville (20 000 habitants) ou dans les communes semi-rurales ou rurales alentour, a permis d'entendre un discours très différent. D'une manière générale, les participants ont considéré que le dépistage du cancer du sein (effectué forcément dans un cadre individuel puisque l'Ardèche ne propose pas encore de dépistage organisé) ne pose aucun problème particulier et qu'il est assuré de manière très régulière et très satisfaisante par le biais de la prescription classique d'une mammographie. Ils considèrent que l'abord de ce thème est désormais facilité par la communication qui est faite autour et les pratiques de THS. Selon eux, l'intérêt du dépistage précoce est en général bien compris. Des réticences peuvent être observées, mais assez rares : pudeur, en fait davantage pour la palpation des seins que pour la mammographie à proprement parler et concernant davantage les femmes âgées et le "rural profond" (il s'agit alors de *"préparer les choses petit à petit"*), peur de savoir (a priori sentiment pas très fréquent), peur de l'examen, de la douleur. Cependant, avec certaines femmes l'abord peut être difficile : la clientèle "vagabonde", les femmes ayant un niveau intellectuel limité, les gens du voyage, certaines femmes issues de l'immigration méditerranéenne (*"on ne peut pas le proposer à n'importe qui"*) ou encore les femmes connaissant des problèmes médicaux, sociaux ou psychologiques concomitants.

Quant au rôle du médecin, il leur paraît capital au niveau de la sensibilisation, de l'explication des examens et de l'annonce des résultats.

Pour ces médecins, "convaincus de bien faire", la mise en place annoncée d'un dépistage organisé est plutôt mal vécue, ou, pour le moins, soulève beaucoup de questions. Certains, clairement, y voit l'intrusion d'un tiers dans la relation médecin-patiente et cette intrusion est susceptible de jeter un certain discrédit sur l'activité antérieure des libéraux. Pour quelques-uns, c'est à la crédibilité du médecin que l'on va s'attaquer. Un sentiment de dépossession est exprimé : *"si la femme vient avec son bon, à quoi sert le médecin ?"*, de même que la crainte d'une évolution vers une "médecine automatisée" séparant l'examen complémentaire de la clinique. Sur ce dernier point, tous ne sont cependant pas d'accord, certains ne voyant pas d'inconvénient majeur à ce que la mammographie précède l'examen clinique : *"après tout, c'est son rôle de déceler des lésions infracliniques"*. D'autres fortes réticences s'expriment (cependant pas forcément partagées avec la même intensité par tous) : contestation du principe de gratuité conduisant à un assistanat et à une déresponsabilisation des femmes, méfiance vis-à-vis d'un protocole standardisé qui ne s'adapte pas forcément à la réalité sur le terrain (pour certains, il s'agit d'un a priori ouvertement reconnu : *"pas confiance dans les trucs standardisés"*), interrogation sur la réelle efficacité du dépistage organisé par rapport au dépistage individuel, risque d'inflation des mammographies réalisées, interrogation sur la transposition d'un modèle "scandinave" en France.

Certains affirment que la mise en place d'un dépistage organisé n'induirait pas une plus grande sensibilisation. D'autres, au contraire, voient dans la communication un réel plus du dépistage organisé, à condition qu'elle soit ciblée et ne se contente pas de toucher des femmes déjà bien suivies et bien dépistées par leurs soins.

En définitive, tous souhaitent a priori (avec cependant plus ou moins de conviction selon les intervenants) conserver la complémentarité entre dépistage organisé et dépistage individuel. Ce serait à peine caricaturer les propos de plusieurs d'entre eux que de décrire leur position de la manière suivante : *"d'accord pour bénéficier des avantages du dépistage organisé (double lecture, communication), mais, pour le reste, on continuera à faire comme avant"*). Enfin, si le dépistage organisé se met en place en Ardèche, il leur paraît inconcevable que se puisse être, comme dans certains départements, sans passer par le médecin libéral.

#### **4 - Groupe de gynécologues de Grenoble**

Les gynécologues (toutes de sexe féminin) rassemblées à Grenoble se positionnaient de manière très contrastée par rapport au dépistage organisé (dont elles avaient la pratique depuis plus de 10 ans), ce qui a fait la richesse de ce groupe.

Cependant, toutes se sont accordées à dire que le dépistage du cancer du sein faisait partie intégrante de leur pratique et que la proposition systématique d'une mammographie à une patiente de la tranche d'âge ciblée était pour elles une évidence (certaines contestant cependant les limites de cette classe d'âge). Le motif de la consultation ne constitue que rarement un obstacle à l'abord du thème (sauf, quelquefois, lorsque la patiente consulte pour un problème aigu). Bien que les femmes reçoivent l'invitation de l'ODLC (cellule départementale de gestion du dépistage organisé), presque toujours c'est le médecin qui en parle en premier, sauf dans les cas où la femme consulte spécifiquement pour cela. Quelques patientes sont surprises que la consultation soit payante (*"c'est marqué sur l'invitation, mais pas assez gros"*). D'une manière générale, les gynécologues interrogées ne font jamais revenir une patiente pour le dépistage qui est par conséquent abordé durant la consultation. Il est donc, pour elles, tout à fait normal que celle-ci soit payante. Se pose même le problème du niveau de cette rémunération puisque l'abord du dépistage rallonge la durée de la consultation (on pourra objecter que, de leurs propres dires, le dépistage fait partie intégrante de leur pratique habituelle, hormis il est vrai, les formalités propres au dépistage organisé). Les gynécologues rencontrent peu de réticences chez leurs patientes, ce qui s'explique aisément par le fait qu'il s'agit d'une clientèle "sélectionnée", davantage acquise à l'idée de prévention. Toutefois, certaines réticences peuvent être notées : peur d'un examen douloureux (bien qu'une réelle amélioration soit notée à ce niveau (*"les radiologues font plus attention, mais il existe encore des manipulateurs 'sauvages' !"*)), non respect de la pudeur des femmes dans certains cabinets de radiologie, attitude angoissante du radiologue qui interroge la femme, peur de savoir (*"on rentre en bonne santé chez le radiologue"*). Les gynécologues estiment en conséquence que l'accueil du radiologue est primordial et regrettent que tous ne soient pas à la hauteur avec, selon certaines, une attitude différente selon le type de dépistage : *"lorsqu'il s'agit d'un dépistage individuel, c'est pas pareil, s'il y a un signe d'appel, le radiologue fait plus attention"*. Selon les mêmes, avec le dépistage organisé c'est *"plus à la chaîne, plus impersonnel"*, d'autant plus que le nombre de mammographies a très

nettement augmenté. Est également évoquée l'absence de "lieu de confidentialité" dans certains cabinets de radiologie.

La crainte que peuvent éprouver certaines patientes tient également au fait qu'elles n'imaginent pas qu'il puisse exister des tumeurs bénignes : *"si on trouve une anomalie, c'est forcément un cancer"*. Le cancer devient, du fait de la médiatisation, une obsession chez certaines femmes qui sont persuadées qu'elles-mêmes en développeront un, un jour ou l'autre. On assiste donc à des effets pervers de la médiatisation : exigence de mammographies à 25 ans, demande de mammographies plus rapprochées... A l'opposé, certaines femmes, décrites comme des "écolos farouches", sont réticentes à s'exposer à des rayonnements.

Ceci étant, les gynécologues présentes reconnaissent qu'elles ont moins de difficulté que leurs confrères généralistes à "amener" une patiente au dépistage, même s'il s'agit de femmes immigrées qui, d'ailleurs, viennent souvent accompagnées de leurs filles.

Les participantes au groupe sont tombées d'accord pour estimer à 5% au maximum la proportion de patientes non compliantes. Les raisons évoquées sont alors la négligence, l'existence d'un problème intercurrent, la peur de savoir, le sentiment d'être en bonne santé *"je suis en pleine forme, pourquoi voulez-vous que j'ai un cancer ?"*, ou encore les femmes hyperalgiques à la mammographie ou quelques unes qui seraient exaspérées par la médiatisation de ce dépistage et les invitations répétées qu'elles reçoivent. De l'avis des praticiens, il n'y a pas de lien entre non compliance et milieu social.

D'une manière générale, les femmes ont bien intégré le fait qu'une mammographie ne suffise pas et que cet examen doit être régulièrement renouvelé. A ce propos, les gynécologues déplorent un effet pervers de cette périodicité : puisque la mammographie est prescrite à un intervalle de 2 ans, certaines femmes ont tendance à espacer le rythme de consultation ; les participantes suggèrent que les courriers d'invitation stipulent qu'une périodicité de 2 ans pour la mammographie n'empêche pas des consultations plus régulières (annuelles). Un message élaboré par le groupe est même suggéré aux organisateurs : *"consultez votre médecin, généraliste ou gynécologue, qui réalisera un examen clinique, prescrira une mammographie et vous précisera le rythme de suivi nécessaire et adapté à votre cas"*.

C'est en particulier au moment de l'annonce des résultats que le rôle du gynécologue est capital : *"si l'examen est positif, la prise en charge, c'est l'affaire des gynécologues. C'est bien une prise en charge et pas seulement un soutien et un accompagnement"*. Certaines déplorent d'ailleurs que le dépistage organisé les mette un peu "sur la touche" à ce moment crucial. L'annonce du diagnostic devrait, selon elles, se faire au terme d'un "cheminement psychologique", de manière à ce que la femme intègre les étapes successives : la présence d'une "image suspecte", puis l'existence d'un "problème" et, in fine, le diagnostic de cancer. Les participantes ont estimé que l'annonce du résultat, *"c'est l'affaire du médecin traitant"*, généraliste ou gynécologue, qui, d'ailleurs, devrait être formé à cela. Certaines regrettent que des radiologues puissent annoncer des résultats et souhaiteraient qu'ils soient incités à ne pas le faire. D'autres participantes

objectent que tous les radiologues ne revendiquent pas cette annonce du diagnostic. A l'évidence, les aspects relationnels avec les radiologues sont diversement appréciés par le groupe. Une participante se demande si les radiologues ne se sont pas *"un peu trop bien appropriés leur rôle dans la campagne"* et si certains n'ont pas tendance à se considérer comme des "sénologues". Les problèmes médico-légaux liés à l'annonce du diagnostic sont évoqués à ce propos.

Un risque lié à la mammographie est pointé avec insistance par certaines : celui, pour les femmes, d'être trop rassurées, de ne pas comprendre que la mammographie n'a pas de valeur préventive, qu'elle n'évite pas le cancer. Certaines participantes (détractrices du dépistage organisé) reprochent d'ailleurs à l'ODLC d'entretenir le mythe de la *"mammographie salvatrice"* et déclarent passer beaucoup de temps à remettre les choses au clair avec leurs patientes. C'est donc bien la clinique qui doit primer et faire une mammographie sans examiner les seins est une hérésie. Le groupe estime à 5-10% la proportion de femmes ne venant consulter qu'après avoir passé leur mammographie.

Les évolutions du protocole du dépistage organisé sont unanimement saluées (double incidence, restitution des clichés à la femme, rythme ramené de 30 mois à 24 mois, bilan complet d'emblée en cas de besoin). Ce sont souvent d'ailleurs ces évolutions qui ont conduit la moitié des participantes à infléchir leur position et à désormais "jouer le jeu" du dépistage organisé. Les autres, tout en reconnaissant la réalité de ces avancées (la simple incidence était considérée comme une réelle perte de chance et la non restitution des clichés était particulièrement mal vécue par les gynécologues), n'en demeurent pas moins des adversaires intransigeantes du dépistage organisé qu'elles ne proposent que lorsque la patiente consulte dans ce but, munie de l'invitation de l'ODLC.

Différents inconvénients ou obstacles (quelquefois majeurs de l'avis de ceux qui les citent) liés au dépistage organisé sont pointés. Est en particulier évoqué le côté intrusif de la démarche et le fait que la positivité de l'examen ne regarde que la femme et son (ses) médecin(s) et non pas une quelconque "administration". La fâcheuse coïncidence entre la première invitation et la date "sensible" que constitue pour une femme son 50<sup>ème</sup> anniversaire est évoquée. Mais surtout, ce dépistage est vécu par ses détracteurs comme non respectueux vis-à-vis des médecins : *"c'est comme si rien ne se passait avant, c'est la négation de notre rôle antérieur"*. Est encore pointé la complexité administrative concomitante (tout en reconnaissant des améliorations sensibles, en particulier l'allègement du questionnaire) et la lourdeur occasionnée pour les gynécologues par l'hémocult. Plus important encore aux yeux de certains est le fait qu'un tel dépistage offre tout à fait la possibilité de court-circuiter l'acte clinique et propose une approche non globale de la santé : *"le dépistage organisé, c'est s'occuper du sein, nous c'est de la femme que l'on s'occupe"*. Cependant, le protocole isérois qui oblige à une consultation préalable chez le médecin est salué (bien que les plus farouches détractrices jugent l'implication des libéraux empreinte d'hypocrisie). Est également dénoncé le fait que le médecin est informé "en bout de course". Cet état de fait, mal vécu, a entraîné le retrait de certaines gynécologues du protocole organisé. D'autres font remarquer que cette information tardive tient à l'attitude des radiologues, tout en précisant que la plupart d'entre eux téléphonent en cas d'anomalie, même si, il est vrai, cette pratique est peut-être plus systématique en

dépistage individuel. Enfin, est contestée la manière dont les résultats sont communiqués aux femmes lorsqu'une anomalie est découverte.

Les avantages du dépistage sont mis en avant par la moitié des participantes qui, souvent, ont "réintégré" ce cadre du fait des améliorations apportées par le nouveau protocole (la longue interruption de la campagne iséroise les avaient par ailleurs tenues éloignées du dépistage organisé pendant longtemps). Elles considèrent d'ailleurs que *"si l'on ne joue pas le jeu du dépistage organisé, alors on sera réellement shuntés"*. Des points forts du dépistage organisé sont cités. Quelques patientes non suivies ne viennent que pour la mammographie (situation rare mais très intéressante lorsqu'elle se produit) car le bouche à oreille fonctionne et de plus en plus de femmes en ont entendu parler. On évoque le cas de certaines patientes qui ont retrouvé, grâce au dépistage, le chemin du gynécologue. La banalisation de la mammographie occasionnée par les campagnes de communication est reconnue, de même que la possibilité désormais offerte au radiologue d'enclencher un bilan complémentaire devant une image suspecte, l'amélioration de la qualité des radios, la possibilité pour la femme de récupérer ses clichés (procédure que l'on aimerait plus rapide) et, bien entendu, la double lecture.

Les débats portent également sur la communication que l'on voudrait d'une part plus massive (télévision) et, d'autre part, plus personnalisée, de manière à ce que la femme *"ne se sente pas un numéro"*, et sur la nécessité d'une reconnaissance par le biais d'une rémunération à la hauteur du travail demandé.

## 5 - Groupe de gynécologues d'Annecy

Les gynécologues de Haute-Savoie réunis à Annecy exercent dans un département où la mise en place imminente du dépistage organisé est annoncée depuis plusieurs mois. Ces gynécologues s'accordent avec leurs collègues isérois pour affirmer que le dépistage du cancer du sein ne leur pose aucun problème en pratique, leurs patientes étant, presque par nature, déjà inscrites dans une démarche préventive et l'interrogation quasi systématique des femmes sur ce plan étant tout à fait légitime, quel que soit le motif de consultation (y compris pour contrôler la réalisation de l'examen). La communication faite sur ce thème, l'existence de cas de cancers dans l'entourage de beaucoup de femmes, font que celles-ci sont demandeuses (parfois trop). Enfin, les protocoles de suivi de THS ont également contribué à cette banalisation. De plus, lorsque l'examen est prescrit, la compliance est bonne et la nécessité de renouveler l'examen est bien intégrée. Un défaut de compliance n'est donc pas à redouter, au contraire, certains gynécologues expriment la crainte d'une inflation de clichés avec la mise en place du dépistage organisé.

Lorsque le thème est abordé avec la patiente, la seule question qui revient vraiment souvent a trait à la douleur. Les réticences sont plus souvent le fait de femmes de niveau intellectuel élevé. On en rencontre moins chez les femmes du milieu rural (dans la clientèle particulière des gynécologues). Un médecin de vallée précise qu'à la montagne, la parole du médecin conserve son poids *"s'il dit de le faire, on le fait"*. La "peur de savoir" existe effectivement mais constitue finalement assez rarement un motif de refus.

Quelquefois, le thème du dépistage peut être plus difficilement abordé : existence d'un problème intercurrent, femme venue consulter pour une "urgence" (par exemple mycose), fragilité psychologique (qui n'exclue pas d'en parler). Les femmes immigrées de leur clientèle ne présentent pas de difficultés particulières, d'autant qu'elles viennent souvent accompagnées de leur fille, mais elles sont moins nombreuses à consulter un gynécologue après 50 ans.

Un problème auquel les gynécologues sont fréquemment confrontés est la récupération des clichés, les femmes oubliant souvent de les amener. Or, le rôle du gynécologue est également de faire une double lecture alors que certaines patientes n'amènent que le compte-rendu. En fait, l'importance de cette double lecture dépend du cabinet de radiologie où a été faite la mammographie : *"il y a une sorte de classification des radiologues. Quand il est "mauvais", c'est important de revoir le cliché"*.

Ces médecins sont tout à fait conscients des avantages du dépistage organisé : amélioration de la couverture en touchant des femmes non suivies, banalisation, amélioration de la qualité, double lecture, régularité des invitations, gratuité (élément a priori peu déterminant, sauf pour quelques-unes). Les inconvénients apparaissent assez mineurs à leurs yeux : peut-être moindre implication du médecin en cas de résultat positif, risque très éventuel d'une moindre prise en compte de la parole du gynécologue lors de la prise en charge. Contrairement à certaines de leurs consœurs grenobloises, les gynécologues de Haute-Savoie ne ressentent aucun sentiment de dépossession (puisque les clichés sont restitués), de remise en cause de leur place. L'annonce du résultat par le radiologue ne semble pas leur poser de problème majeur (sous réserve que ce soit en concordance avec le compte-rendu) mais ils s'accordent à dire que les personnes ont besoin d'une chronologie dans l'annonce d'un diagnostic positif. Ils ont à ce niveau confiance dans la plupart de leurs correspondants radiologues. Sur un autre plan, ils voudraient être sûrs que si la mammographie est prescrite avant le passage chez le gynécologue, une palpation des seins sera bien réalisée par le radiologue.

Ils attendent donc sereinement la mise en place du dépistage organisé dans leur département (et même avec impatience dans la mesure où l'annonce en a été faite depuis assez longtemps) et souhaitent y être associés, y compris en matière de double lecture. Ils souhaiteraient que la communication faite sur le dépistage organisé insiste sur la nécessité d'en parler au médecin, d'inciter au dialogue. De leur propre aveu, cette attitude très sereine est peut-être liée à la démographie de leur profession : peu nombreux, ils ne ressentent pas le poids de la concurrence entre une organisation publique du dépistage et le secteur privé.

Enfin, ils pointent une difficulté spécifique à leur département à laquelle sera confronté le dépistage organisé : un réel problème d'accessibilité géographique dans certains secteurs. L'hypothèse d'un mammobile est évoquée mais n'apparaît pas forcément comme la solution la plus appropriée.

## **SYNTHESE DES RESULTATS**

## SYNTHESE DES RESULTATS

### 1 - Questionnaire médical

Les principaux résultats extraits des questionnaires remplis par 263 médecins volontaires (178 généralistes et 85 gynécologues) sont détaillés ci-après.

#### ✓ **Pratique préventive des médecins répondants**

- **37% des généralistes répondants et 84% des gynécologues ont suivi une formation au cours des 5 dernières années sur le dépistage du cancer du sein**, ils sont un peu moins nombreux à avoir suivi une telle formation sur le dépistage du cancer du col utérin (respectivement 22% et 73%).
- 38% des généralistes et 92% des gynécologues abordent de manière quasi systématique le thème du dépistage cervico-utérin face à une patiente concernée de par son âge.
- Plus d'un médecin sur trois (35% des généralistes et 38% des gynécologues) peut être considéré comme ayant une forte valence prévention en fonction de ses réponses (formations suivies, pratique en matière de vaccination et de dépistage, abord de certains thèmes avec les patients...). Chez les généralistes, cette proportion est plus élevée chez les plus âgés ; chez les gynécologues, elle est plus élevée chez les femmes et chez les praticiens exerçant en secteur I.

#### ✓ **Implication dans le dépistage du cancer du sein**

- **Les médecins estiment à 60% pour les généralistes et à 83% pour les gynécologues la proportion de leurs patientes âgées de 50 à 74 ans ayant passé une mammographie dans les 24 mois écoulés.** Au sein de chaque spécialité, cette proportion est constante, quels que soient l'âge du médecin, son sexe, sa valence prévention, son secteur conventionnel ou encore son volume d'activité. De plus, **elle n'est que légèrement plus élevée dans les départements disposant d'un dépistage organisé (63% contre 55% chez les généralistes, 85% contre 79% chez les gynécologues).**
- **Cette proportion de femmes correctement dépistées est plus élevée chez les généralistes si l'on considère non plus l'estimation qu'ils en font (60%) mais le nombre calculé d'après les fichiers remplies durant les 2 semaines d'observation (73%). Par contre, l'estimation faite par les gynécologues (83%) rejoint tout à fait le nombre calculé (82%).**

## ✓ **Abord du thème du dépistage : modalités et difficultés rencontrées**

- L'abord du thème du dépistage du cancer du sein à la seule initiative de la patiente est tout à fait exceptionnel, même dans les départements avec dépistage organisé. Quant à l'abord du thème à la seule initiative du médecin, il apparaît plus développé chez les généralistes ayant une forte valence prévention.
- Bien que rare, l'abord du thème à l'initiative de la femme peut représenter une difficulté pour certains généralistes (30%) lorsque la patiente est venue consulter pour un autre motif mais, en fait, cette difficulté n'est qu'exceptionnellement décrite comme importante (3% des généralistes).
- D'autres difficultés pour l'abord du dépistage sont pointées par les généralistes : en premier lieu problèmes de **compréhension de la langue française** et **patiente non suivie régulièrement**, mais également **freins culturels, niveau intellectuel, patiente non suivie par le généraliste sur le plan gynécologique, motif de consultation inapproprié, planning de consultation, problèmes médicaux intercurrents, nomenclature inadaptée**. Parmi ces difficultés, seules reviennent chez les gynécologues avec une fréquence significative la mauvaise maîtrise de la langue et le niveau intellectuel de la patiente.

## ✓ **Craintes et réticences observées chez les patientes et les médecins**

- Les difficultés rencontrées par les généralistes pour convaincre leurs patientes sont représentées en tout premier lieu par la **négligence**, mais également par la **peur de savoir**, par le fait que certaines patientes sont **très éloignées de l'idée de prévention**, par le **profil hyperactif** de certaines femmes ou par la **peur de la douleur occasionnée par l'examen**. Ce dernier élément constitue la principale difficulté pointée par les gynécologues.
- La **lourdeur administrative** attribuée au dépistage organisé constitue l'obstacle le plus souvent cité par les médecins (cité par les deux tiers d'entre eux et pointé comme un obstacle réel par **31% des gynécologues et 23% des généralistes**). Sont également cités comme des obstacles réels la **non adaptation de la nomenclature (20%)**, une **disponibilité insuffisante (12 à 16%)**, de même que, plus spécifiquement chez les gynécologues, la **crainte d'une évolution vers une médecin encadrée (31%)** et d'une **dévalorisation de la position du médecin libéral (22%)**. Certaines réticences sont **plus souvent pointées par les généralistes exerçant dans les départements ne disposant pas encore d'un dépistage organisé** (c'est en particulier le cas de la crainte de la lourdeur administrative). Par contre, chez les gynécologues, c'est le phénomène inverse qui est relevé : des éléments tels que la non adaptation de la nomenclature, la crainte d'une évolution vers une médecine encadrée, d'une dévalorisation de la position du médecin libéral sont **plus souvent pointés par les spécialistes exerçant dans les départements où un dépistage organisé a été mis en place**.

## ✓ Adhésion à un programme de dépistage organisé

- Dans leur majorité, les médecins interrogés ont considéré que **la mise en place du dépistage organisé du cancer du sein constituait une avancée**. Cependant, "seuls" **71% des généralistes et 54% des gynécologues** se montrent tout à fait affirmatifs. A l'opposé, 11% des premiers et 18% des seconds contestent ce fait. **Les généralistes exerçant dans un département avec dépistage organisé sont plus nombreux que leurs confrères à voir dans cette organisation une avancée certaine** (80% contre 57%) alors que la **différence relevée chez les gynécologues est très minime** (respectivement 56% et 51%). On notera que, chez les généralistes, les plus jeunes et les femmes sont les plus nombreux à voir dans le dépistage organisé une avancée certaine. Que les médecins aient ou non une forte valence prévention, leurs opinions ne diffèrent pas sur ce point.
- Dans leur très grande majorité, les médecins considèrent que **le dépistage organisé et l'exercice libéral de la médecine sont complémentaires : 85% des généralistes et 76% des gynécologues** le pensent, la moitié d'entre eux en étant tout à fait convaincus. Les autres jugent au contraire qu'il y a **interférence**. Ils sont, chez les généralistes, en **proportion deux fois plus élevée dans les départements sans dépistage organisé** (23%) que dans les autres (10%). Chez les **gynécologues** par contre, la proportion de médecins jugeant qu'il y a interférence est **quasiment identique dans les deux groupes de départements** et s'élève encore à 23% dans les sites pilotes disposant d'un dépistage organisé.
- **A quelques exceptions près (moins de 5%), tous les médecins interrogés adhèrent ou pensent adhérer au programme de dépistage**, mais seule une minorité le fait ou pense le faire pour toutes les femmes de la **tranche d'âge considérée** (37% des généralistes et 29% des gynécologues), **les autres adaptent ou souhaitent adapter leur pratique à la situation** : mammographie réalisée dans un cadre organisé ou prescrite à titre individuel selon le cas. Quelle que soit la spécialité, les **proportions sont pratiquement identiques dans les 3 départements où existe un dépistage organisé et dans les 5 autres départements**.

## ✓ Rôle du médecin libéral et souhaits de formation-information

- Presque tous les généralistes et gynécologues interrogés ont estimé que le médecin libéral jouait un **rôle très important en matière d'information et de soutien en cas d'anomalie découverte**, huit sur dix pensent de même pour le **rappel aux patientes "oubliées"** et la **motivation des femmes les plus éloignées de l'idée de dépistage**. Le rôle du médecin se situe également dans **l'explication du compte rendu** et, à un degré moindre, dans **l'explication des modalités de l'examen**.
- Les deux tiers des omnipraticiens et un peu moins de la moitié des gynécologues déclarent ressentir un certain **besoin en matière de formation-information** sur le cancer du sein et son dépistage mais seuls **29%** des premiers et **21%** des seconds expriment un besoin réel à ce niveau. Naturellement, cette proportion est plus élevée chez les médecins exerçant

dans des départements sans dépistage organisé. C'est surtout une **documentation écrite** qui est souvent citée mais 30% environ des généralistes et 20% environ des spécialistes seraient également intéressés par une **formation médicale continue** ou un **séminaire départemental**, un peu plus rares sont ceux qui manifestent un intérêt pour un site internet.

## 2 - Fiches patientes

L'étude a porté sur les dossiers remplis pour **5 438 patientes**, dont **4 139** avaient passé une mammographie récemment et **1 299** n'en avaient pas passé dans les deux années écoulées.

### ✓ Estimation de la couverture mammographique

- Le calcul -dont l'interprétation doit rester très prudente- de la **proportion de patientes correctement dépistées parmi la clientèle de la tranche d'âge considérée** situe à **73% cette proportion chez les généralistes et à 82% chez les gynécologues**, avec **pratiquement aucune différence selon qu'il existe ou non un dépistage organisé**.
- L'enquête confirme la **persistance d'une pratique individuelle dans les départements couverts par un dépistage organisé**. Certes, certaines mammographies (15% environ) ont été prescrites devant des antécédents ou des signes d'appel, mais ceci ne saurait expliquer le fait que la proportion de mammographies récentes prescrites à *titre individuel* dans les 3 départements avec dépistage organisé atteint 22% dans le Rhône, 35% dans la Loire et 63% dans l'Isère (il est vrai que le programme avait été interrompu en 2001, en particulier dans ce dernier département).
- Le **"taux de couverture" mammographique** (proportion de femmes dépistées depuis moins de 2 ans) apparaît **relativement stable entre 50 et 69 ans, il s'abaisse par contre sensiblement à partir de 70 ans**. La baisse est particulièrement nette chez les gynécologues. Chez les généralistes, comme chez les gynécologues, la **baisse est plus limitée dans les départements disposant d'un dépistage organisé**.

### ✓ Profil des femmes non ou mal dépistées

- L'enquête ne permet pas de conclure quant à l'existence d'une hétérogénéité de "couverture" en fonction du statut social de la femme ou de la taille de l'agglomération de résidence.
- Paradoxalement, **parmi ces patientes non ou mal dépistées, certaines (20% environ) sont décrites comme accordant une très grande attention à leur santé**, tandis que 50 à 60% y attachent une certaine attention. Finalement, seules 20% à 30% d'entre elles sont considérées comme peu soucieuses de leur santé.

## ✓ Suivi des patientes non ou mal dépistées

- **Plus des trois quarts (78%) des patientes signalées par les généralistes comme n'ayant pas passé de mammographie dans les 24 mois étaient des patientes régulières du médecin, 18% des patientes occasionnelles et 5% des primo-consultantes. Chez les gynécologues, la part de patientes régulières est moins importante mais reste majoritaire (58%), les patientes occasionnelles représentant 25% et les primo-consultantes 17%. Par ailleurs, 40% des patientes des généralistes n'ayant pas passé de mammographie récente étaient suivies, au moins occasionnellement, sur le plan gynécologique par le médecin lui-même tandis que 44% étaient suivies par un autre médecin sur ce plan.**

On note encore que **88% des patientes des gynécologues avaient déjà eu une palpation des seins** (77% à plusieurs reprises), ce qui est également le cas de **58% des patientes des généralistes** (42% à plusieurs reprises), tandis que 95% des patientes sans mammographie récente chez les gynécologues et 71% chez les généralistes avaient déjà eu un frottis cervico-vaginal, le dernier remontant à moins de 3 ans dans la majorité des cas.

On voit donc que **ces femmes non ou mal dépistées sont rarement des femmes non suivies sur le plan général et qu'assez souvent il s'agit de femmes au moins occasionnellement suivies sur le plan gynécologique.** De plus, **une fois sur deux, le thème du dépistage avait déjà été abordé.**

- Dans la clientèle des **gynécologues, presque toutes les femmes (94%) non ou mal dépistées avaient néanmoins déjà eu une mammographie et, 3 fois sur 4, cette mammographie remontait à moins de 3 ans.** Chez les **généralistes**, la réalité est différente : **30% de ces femmes non ou mal dépistées n'avaient en fait jamais eu de mammographie** et pour une sur trois (35%), la dernière mammographie datait de plus de 3 ans.

## ✓ Abord du thème du dépistage

- Pour 78% des patientes des généralistes et 95% des patientes des gynécologues non ou mal dépistées, le thème du dépistage a été abordé lors de la consultation étudiée mais, une fois sur deux, le généraliste reconnaît qu'il n'aurait probablement pas abordé ce thème s'il n'y avait pas eu l'enquête de l'UPML (cette réponse est pas contre exceptionnellement faite par les gynécologues). On peut donc considérer que, en l'absence de l'enquête, **le thème du dépistage du cancer du sein n'aurait été abordé que pour 36% des patientes de généralistes qui n'ont pas eu de mammographie depuis 2 ans.**
- Assez souvent chez les gynécologues (deux fois sur trois) mais rarement chez les généralistes (une fois sur dix), l'abord du thème du dépistage était prévu avant la consultation.
- L'abord de ce thème *en dehors de l'enquête* apparaît plus fréquent chez les généralistes dans certaines circonstances : patiente régulièrement suivie sur le plan général et, plus encore, sur le plan gynécologique, patiente ayant eu

une mammographie ou un frottis dans le passé, patiente accordant une certaine attention à sa santé, patiente présentant des antécédents de maladie du sein. A l'opposé, ce thème a été **moins souvent abordé** dans d'autres circonstances : **problème culturel**, problème de **santé mentale**, présence d'une **pathologie grave ou invalidante**.

- L'abord du thème à la seule initiative de la patiente est très rare, même lorsqu'il existe un dépistage organisé. Neuf fois sur dix chez les généralistes et six fois sur dix chez les gynécologues, le thème du dépistage est abordé à l'initiative du seul médecin.
- Chez les généralistes, le moment de l'abord est très variable : début, milieu ou fin de consultation. Chez les gynécologues, il se situe exceptionnellement en fin de consultation.
- L'abord du thème a pu occasionner une certaine perturbation dans l'organisation des consultations des généralistes (34% des cas, dont 8% de manière sensible) mais cela est très rare chez les gynécologues.
- L'abord de ce thème a été motivé par deux raisons : le fait qu'il s'agisse d'une pratique quasi systématique du médecin avec les patientes de cette tranche d'âge (22% des cas chez les généralistes et 62% chez les gynécologues) et la date de la dernière mammographie (respectivement 26% et 61%). De plus, 62% des généralistes reconnaissent que l'enquête les a incités à le faire.

#### ✓ **Interrogations formulées par les patientes et réticences observées**

- Lorsque le thème du dépistage a été abordé, une patiente de généraliste sur 5 et une patiente de gynécologue sur 10 a posé des questions (choix du cabinet de radiologie, modalités de l'examen -et, tout particulièrement, douleur provoquée-, intérêt du dépistage précoce, fiabilité du test).
- Dans les mêmes circonstances, **28% des patientes de généralistes ont fait part de leurs réticences (réticences fortes pour 11%)**, ce qui a été également le cas de **13% des patientes des gynécologues (réticences fortes pour 3%)**. Chez les généralistes, les réticences tiennent au fait de **ne pas se sentir concernée**, à la **peur de savoir**, à la **douleur** provoquée par l'examen, quelquefois à un scepticisme sur l'efficacité du dépistage. Chez les gynécologues, la douleur et la peur de savoir constituent de loin les réticences les plus fréquemment observées.

#### ✓ **Attitude adoptée par le médecin et compliance présumée**

- Lorsque le thème du dépistage a été abordé, très souvent le médecin a fortement incité la patiente à passer une mammographie (90% des cas chez les gynécologues, 75% chez les généralistes). Chez les généralistes, d'autres attitudes sont possibles : renvoi vers un gynécologue (8%), prise de rendez-vous pour une consultation spécifique (9%), quelques informations succinctes (8%). L'incitation à passer une mammographie est, chez les généralistes, plus systématique lorsqu'il s'agit d'une patiente régulièrement suivie et, chez les gynécologues, lorsqu'elle a moins de 70 ans.

- Lorsque le thème a été abordé, presque toujours chez les gynécologues et deux fois sur trois chez les généralistes, une mammographie a été prescrite (chez ces derniers, la proportion est plus élevée s'il s'agit d'un médecin ayant une forte valence prévention, s'il suit déjà la patiente sur le plan gynécologique et si elle a déjà eu une mammographie). **La forte persistance des pratiques de dépistage individuel est confirmée** par le fait que cette modalité a été choisie 3 fois sur 4 par les généralistes et 4 sur 5 par les gynécologues exerçant dans un département avec dépistage organisé.
- Lorsqu'une mammographie de dépistage a été prescrite, les généralistes pensent qu'elle sera probablement ou certainement suivie dans 80% des cas et les gynécologues dans 94% des cas (les gynécologues étant, par ailleurs, beaucoup plus affirmatifs). A l'opposé, des doutes sont parfois émis par les généralistes sur la **compliance** de la patiente, en particulier lorsqu'il s'agit d'une femme qu'ils ne suivent pas, qui n'a jamais passé de mammographie et qui n'accorde que peu d'attention à sa santé.
- Lorsqu'une mammographie n'a pas été prescrite, assez souvent cela tient au fait que la patiente a souhaité consulter son gynécologue (une fois sur quatre) ou que la prescription a été repoussée à une prochaine consultation (une fois sur cinq). Cependant, **le refus de la patiente constitue le motif de 30% des non prescriptions** (60% lorsque la femme n'a jamais eu de mammographie et 40% lorsqu'elle prête peu d'attention à sa santé).
- Enfin, on notera que le fait d'avoir abordé le thème du dépistage du cancer du sein n'a pas rallongé significativement la durée de la consultation, pas plus que le fait d'avoir prescrit une mammographie (mais les patientes avec qui le thème n'a pas été abordé présentaient peut-être un profil particulier).

### **3 - Groupes de parole**

Les cinq groupes de parole organisés, rassemblant 34 praticiens libéraux, ont permis d'approfondir les difficultés rencontrées lors de l'abord du thème du dépistage du cancer du sein avec une patiente et de mieux cerner la perception que les médecins libéraux ont du dépistage organisé, selon qu'ils exercent ou non dans un département disposant d'une telle organisation.

Ces groupes ont confirmé le fait que la mammographie était désormais un examen banalisé et que le dépistage du cancer du sein était bel et bien "entré dans les mœurs", d'autant plus que de nombreuses femmes placées sous traitement hormonal substitutif ont déjà bénéficié de mammographies dans ce cadre.

Néanmoins, des réticences persistent chez certaines patientes (plus souvent relevées dans la clientèle des généralistes que des gynécologues) : peur de savoir, sentiment de ne pas être concernées, crainte d'un examen douloureux, et des difficultés dans l'abord de ce thème peuvent apparaître (beaucoup plus rares chez les gynécologues) : existence d'un problème intercurrent, motif de consultation non approprié, patiente mal connue, niveau intellectuel limité... Chez les généralistes comme chez les gynécologues, l'abord du thème est presque toujours à l'initiative du

médecin. L'attitude est cependant différente entre les médecins d'une petite ville et des secteurs ruraux avoisinants où aucun dépistage organisé n'est proposé et leurs confrères de métropoles urbaines où existe un dépistage organisé. Les premiers semblent, d'après leurs dires, plus systématiques dans l'abord du thème que les seconds qui, peut-être, ont quelquefois tendance à se défausser sur la campagne départementale existante. Quant aux gynécologues, dans la mesure où le dépistage fait partie intégrante de leur pratique habituelle, l'abord de ce thème est la règle, de même que le contrôle de la réalisation effective de l'examen. Généralistes comme gynécologues s'accordent à considérer que lorsque l'examen est prescrit, la compliance est bonne, même si la couverture des patientes des généralistes n'est pas du tout exhaustive avec, en particulier, une moins bonne couverture chez les patientes les plus âgées ayant "oublié" la sphère gynécologique, chez certaines patientes éloignées de l'idée de prévention et chez des patientes négligentes. De l'avis de pratiquement tous, la relation entre couverture mammographique et milieu social n'est pas évidente. Le vrai problème demeure cependant celui des femmes très mal suivies sur le plan médical et qui échappent de ce fait aux médecins.

Les médecins participant aux groupes s'accordent également sur la place du praticien libéral dans le dépistage : sensibilisation (en particulier des femmes les plus réticentes), explication des examens et, surtout, explication et soutien au moment des résultats et, pour les gynécologues, prise en charge de la patiente

C'est lorsqu'il s'agit d'apprécier l'intérêt d'un dépistage organisé par rapport au dépistage individuel que les plus fortes divergences se font jour. Chez les généralistes, l'opposition est flagrante entre le groupe d'Annonay et les groupes de Lyon et Grenoble. Dans le premier cas, on relève une très forte réticence vis-à-vis du dépistage organisé (qui n'est pas encore en place), vécu comme un dispositif intrus, remettant en cause la légitimité du médecin, complexe et inutile dans la mesure où ces praticiens ont l'impression de "faire et de bien faire sans cela". Finalement, les seuls avantages évidents que l'on voit au dépistage organisé sont la communication (qui permet de toucher des femmes non suivies) et le système de double lecture. A l'opposé, à Lyon (où un dépistage organisé existe depuis 15 ans), la question de son intérêt n'est plus d'actualité et il semblerait qu'après une période initiale où un sentiment de dépossession ait pu exister chez certains médecins, la réalité de ce mode d'organisation ne soit plus vraiment contestée en médecine générale. A Grenoble (où un protocole particulier comprenant un triple dépistage est proposé depuis de plus de 10 ans), les médecins participants reconnaissent cependant qu'une partie non négligeable des mammographies continuent à être prescrites dans un cadre individuel. Il ne semble pourtant pas s'agir d'une mise en cause du dépistage organisé mais plutôt d'une conséquence de la complexité inhérente au triple dépistage qui rend, dans certains cas, plus aisé la prescription classique de l'examen. Les généralistes de l'Isère et du Rhône se distinguent sur un autre point : les premiers s'opposeraient à un protocole permettant un accès direct de la femme au cabinet de radiologie, ce que semble désormais admettre les seconds.

Les opinions des gynécologues sont également très divergentes sur l'intérêt du dépistage organisé. La moitié des praticiens rencontrés à Grenoble (où existe un tel dépistage) et la totalité de ceux rencontrés à Annecy (où ce n'est pas encore le cas) reconnaissent tout à fait l'intérêt de cette démarche et ne voient aucun obstacle majeur à y adhérer. Pour les gynécologues de Grenoble, l'évolution du protocole (double incidence, possibilité d'un bilan complémentaire, restitution des clichés) a

joué un rôle capital dans leur adhésion. A l'opposé, plusieurs gynécologues grenoblois se montrent très critiques et optent quasi systématiquement pour une prescription individuelle de la mammographie. Leurs principaux griefs sont le côté intrusif d'une telle organisation, la négation qu'elle représente à leurs yeux du rôle accompli par les médecins, la possibilité qu'elle offre de court-circuiter l'examen clinique, une dérive vers une médecine qui soignerait l'organe et non la femme et le fait que le médecin soit informé du résultat en bout de course.

On voit donc que, bien que ses avantages soient largement reconnus, **le dépistage organisé conserve encore ses détracteurs, chez les généralistes, et plus encore chez les gynécologues, même lorsqu'il est en place depuis plusieurs années.**

Un effort de pédagogie devra donc certainement être entrepris pour limiter ces réticences et les cellules départementales de gestion gagneront à être particulièrement attentives et à rester à l'écoute des médecins libéraux.

## **CONCLUSIONS**

## CONCLUSIONS

L'étude de l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux réalisée par le CAREPS apporte une contribution originale à la réflexion sur les difficultés rencontrées par les médecins et par les patientes dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein en se centrant sur le contenu de la consultation de dépistage.

Elle tire en particulier son intérêt du volume d'informations collectées (5 500 consultations documentées par près de 300 médecins libéraux), de l'éclairage qu'apportent à ces chiffres les propos recueillis à l'occasion de 5 groupes de parole conduits avec des médecins et de la possibilité qu'elle offre de comparer les réponses des praticiens selon qu'ils exercent ou non dans des départements disposant déjà d'un dépistage organisé. Enfin, son intérêt tient également à sa chronologie puisqu'elle se situe juste avant la généralisation de ce dépistage.

Certes, elle est exposée à un certain nombre de biais méthodologiques (biais de sélection puisqu'elle a été conduite avec des médecins volontaires, biais d'observation) mais ceux-ci ont été pour le moins bien cernés à défaut d'être annulés et sont finalement inhérents à ce type d'approches réalisées en clientèle médicale.

L'étude objective le fait que le dépistage du cancer du sein est désormais une réalité bien ancrée : plus de 70% des patientes des généralistes âgées de 50 à 74 ans et plus de 80% de celles des gynécologues semblent avoir bénéficié d'une mammographie dans les 24 mois écoulés. Cependant, beaucoup de femmes de cette tranche d'âge demeurent encore non ou mal dépistées. Si, pour la plupart des patientes de gynécologues il s'agit d'un retard modéré (mammographie datant de moins de 3 ans), encore trop nombreuses sont celles qui, dans la clientèle des généralistes, soit n'ont jamais eu de mammographie (7%), soit en ont passé une plusieurs années auparavant.

S'agissant de la couverture mammographique, les chiffres recueillis (à considérer avec une réelle prudence) indiquent un **écart assez faible entre les départements bénéficiant d'un dépistage organisé et les autres, ce qui semblerait indiquer que, dans la clientèle médicale, le dépistage organisé n'a pas encore atteint son objectif de "ramener" au dépistage une proportion significative de femmes qui n'en bénéficiaient pas à titre individuel. A contrario, chez les 70 ans et plus, le déficit de couverture est moins net quand un dépistage organisé est proposé**, ce qui serait probablement à mettre au crédit de cette organisation. Les chiffres de couverture relevés dans cette enquête sont supérieurs à ceux qui se rapportent à la population générale (eux-mêmes à considérer avec prudence), ce qui ne doit pas surprendre puisqu'une enquête en clientèle porte, par définition, sur une population sélectionnée et davantage médicalisée. De plus, dans les chiffres relevés en population (source URCAM Rhône-Alpes), l'écart entre départements disposant ou non d'un dépistage organisé est plus net que dans l'enquête en clientèle de l'UPML. Ceci pourrait être le signe que, à l'encontre de ce qui a été dit plus haut, le dépistage organisé a pu toucher un certain nombre de femmes fréquentant peu les

cabinets médicaux et, par conséquent, non prises en compte dans l'enquête de l'UPML.

Hormis l'âge (diminution de la couverture après 70 ans), l'étude n'a pas permis d'identifier des facteurs socio-démographiques liés à la qualité de la couverture mammographique (catégorie socio-professionnelle ou taille de l'agglomération). D'ailleurs, dans les groupes de parole, les médecins ont pointé le fait qu'une **mauvaise compliance des patientes n'était pas forcément corrélée à leur milieu social** (ce constat ne préjugant toutefois pas de la réalité existant chez les femmes peu médicalisées). De plus, il apparaît qu'il **n'y a pas toujours corrélation entre l'absence de dépistage ou le non respect des délais et l'attention portée par les femmes à leur santé** : les trois-quarts de celles qui n'ont pas passé une mammographie au cours des 24 derniers mois sont décrites par le médecin comme apportant une certaine attention à leur santé, 20% y apportant une grande attention. Toutes les femmes non ou mal dépistées rencontrées en clientèle ne sont pas pour autant des patientes de passage : les généralistes considèrent que 78% font partie de leurs patientes régulières tandis que plus du tiers sont suivies régulièrement sur le plan gynécologique (une fois sur deux par le médecin généraliste lui-même). Les gynécologues considèrent, quant à eux, que 58% sont des patientes régulières. En fait, chez les généralistes, très peu sont des primo-consultantes (4%), cette proportion atteint 17% chez les gynécologues. De plus, presque toutes chez les gynécologues et la majorité d'entre elles chez les généralistes ont déjà eu au moins un frottis cervico-vaginal et une palpation des seins. En définitive, **deux grandes catégories de femmes non ou mal dépistées sont relevées en clientèle : certaines sont mal suivies médicalement et/ou peu connues du médecin répondant, d'autres sont, au contraire, a priori bien suivies.**

Si l'enquête n'avait pas eu lieu (certaines questions permettaient en effet de gommer les effets d'un biais d'observation), le thème du dépistage aurait été abordé lors de la consultation avec ces patientes non "à jour" une fois sur trois par le généraliste et presque toujours par le spécialiste. Lorsque le thème n'est pas abordé, ce peut être pour différentes raisons : motif de la consultation inapproprié, problème médical, psychologique ou social intercurrent, niveau intellectuel, planning surchargé, mauvaise compréhension de la langue, plus rarement origine ethnique. Chez les généralistes, le fait que la femme soit suivie par ailleurs sur le plan gynécologique constitue une raison assez fréquente pour ne pas aborder ce thème (ce qui est d'ailleurs décrit comme un piège par certains). Qu'il existe ou non un dépistage organisé, le plus souvent l'abord du thème est laissé à l'initiative du médecin. Il semblerait cependant que, d'après leurs dires, les médecins de petites villes ou du milieu rural qui ne disposent pas de dépistage organisé soient plus systématiques que leurs confrères de grandes villes où un tel dispositif existe. Ces derniers reconnaissent en effet parfois trop s'appuyer sur cette organisation. Bien que rare, l'abord du thème à la seule initiative de la femme peut représenter une difficulté pour certains généralistes et perturber le planning de consultation, en particulier lorsque cet abord survient en fin de consultation.

Une fois le thème abordé avec ces patientes non ou mal dépistées, des réticences ou des difficultés peuvent être relevées (plus souvent dans la clientèle des généralistes), dans 10% des cas ces réticences ou difficultés sont fortes : les plus fréquentes sont la peur de savoir, le fait de ne pas se sentir concernée, la crainte de la douleur (même si les médecins constatent une très nette amélioration au niveau

du matériel et du personnel, évolution que beaucoup de femmes ont parallèlement perçue). Quelquefois est relevé un scepticisme sur l'intérêt du dépistage précoce.

Sur le principe, l'adhésion de la grande majorité des médecins interrogés au dépistage organisé est acquise. Cependant, si 70% des généralistes considèrent que **cette organisation constitue une avancée certaine** (80% dans les départements où il existe déjà), cette proportion n'est que de 50% chez les gynécologues (qu'il existe ou non un dépistage organisé). Dans la même lignée si, dans leur très grande majorité, les médecins voient le **dépistage organisé comme complémentaire par rapport à l'exercice libéral de la médecine**, 10% des généralistes et près de 25% des gynécologues (que cette organisation soit déjà mise en place ou non) le considèrent comme étant plutôt en **interférence**.

Les groupes de parole rejoignent les données chiffrées et permettent de pointer les réticences exprimées par certains : **intrusion dans la relation médecin-malade, dévalorisation du rôle du médecin, standardisation de l'approche, lourdeur administrative, nomenclature non adaptée, évolution vers une médecine ne s'attachant qu'à un organe, crainte que désormais l'examen complémentaire prime sur la clinique...** Toutes ces réserves s'expriment également par le fait que, aussi bien dans les départements disposant d'un dépistage organisé que dans les autres, les deux tiers des médecins qui disent adhérer au programme de dépistage organisé le font -ou pensent le faire- **de manière sélective en adaptant leur attitude** (dépistage individuel ou dépistage organisé) en fonction de la situation.

Les groupes de parole comme les questionnaires ont permis de mettre en évidence le fait que ces réticences vis-à-vis du dépistage organisé n'étaient toujours pas liées à la "valence prévention" du médecin puisqu'elles sont également partagées par certains praticiens intégrant fortement la dimension préventive dans leur pratique. Ceux-là, convaincus de "bien faire" ne voient pas toujours ce qu'un dépistage organisé pourrait apporter à leurs patientes (cependant, souvent ces médecins en reconnaissent l'intérêt pour les femmes non suivies médicalement, même si ceux qui exercent dans des départements où ce dépistage existe, observent assez rarement la venue de femmes inconnues d'eux jusqu'alors).

A l'occasion des groupes de parole, de nombreux généralistes exerçant dans des départements où existait depuis plusieurs années un dépistage organisé ont cependant témoigné de l'intérêt qu'ils voyaient dans celui-ci : **égalité d'accès, côté systématique de la démarche, communication, responsabilisation de la femme, réinvestissement par ce biais de la sphère gynécologique par certaines patientes (et par certains généralistes)**. Pour ceux-là, **loin de remettre en cause la place du médecin libéral, le dépistage organisé est de nature à renforcer sa position**. Pour certains des plus jeunes, installés après sa mise en place, la question ne se discute même plus.

## En conclusion

Le dépistage du cancer du sein fait désormais partie intégrante de la pratique de la plupart des médecins généralistes (par nature, il fait bien entendu partie de la pratique des gynécologues). La majorité de leurs patientes sont correctement dépistées, ce qui n'empêche pas l'existence de lacunes importantes. Il ne semble pas exister à ce niveau de différences majeures entre les départements disposant d'un dépistage organisé et les autres. Même si l'amélioration de la couverture mammographique chez les femmes "médicalisées" (constituant l'essentiel de la population objet de cette étude) reste perfectible, l'intérêt du dépistage organisé semble davantage résider dans l'amélioration de cette couverture chez des publics peu ou pas suivis médicalement, d'où l'intérêt d'une communication s'adressant certes à toute la population mais ciblant plus spécifiquement ces publics, souvent plus difficiles à atteindre et nécessitant certainement des vecteurs originaux d'information. Si la couverture est relativement bonne, c'est aussi parce que la plupart des généralistes (et pratiquement tous les gynécologues) interrogent régulièrement leurs patientes (quasi systématiquement pour la plupart des gynécologues) sur leur statut. L'enquête montre cependant que, dans la clientèle des généralistes, seulement une femme non "à jour" sur trois aurait été spontanément interrogée.

L'étude confirme la **place centrale occupée par les médecins libéraux (sensibilisation, information, explication des résultats, accompagnement, soutien)**, place qu'ils ne souhaitent pas abdiquer avec la mise en place d'un dépistage organisé. La question de la **reconnaissance concrète de ce rôle central** est d'ailleurs posée. Cependant, il faut bien reconnaître qu'**aux réticences ou aux difficultés rencontrées chez certaines femmes se conjuguent des réticences relevées chez une partie des médecins, celles-ci étant plus fréquentes chez les gynécologues**. Certaines de ces réticences peuvent être vues comme la  **Crainte d'une remise en cause de leur position**, le dépistage étant vécu quelquefois comme une "lourde machine" venant s'immiscer dans la relation entre le médecin et sa patiente, complexe, onéreuse et conduisant à un encadrement de la pratique médicale. **D'autres réticences exprimées témoignent d'un attachement à une certaine qualité des soins et de la relation : crainte d'une évolution vers une pratique qui placerait les examens complémentaires avant l'examen clinique, qui imposerait une démarche standardisée pas forcément compatible avec toutes les situations et qui, se centrant sur l'organe et non sur la personne, serait contraire à l'idée de prise en charge globale du patient.** Bien que les nouvelles modalités du protocole de dépistage aient été appréciées des gynécologues, ces réticences sont plus fréquemment exprimées par eux que par les généralistes. Par ailleurs, le fait que **ces réticences persistent chez certains médecins exerçant depuis plus de 10 ans dans des départements avec dépistage organisé** montrent qu'un **effort de pédagogie** doit certainement être développé pour répondre aux arguments de ces praticiens et entraîner leur adhésion. **Le souhait exprimé par une part non négligeable de médecins de bénéficier d'une information, voire de formations, sur le dépistage du cancer du sein, constitue un témoignage clair de l'intérêt qu'ils portent à cet enjeu de santé publique.** Parallèlement à une communication en direction du public, la communication en direction du corps médical ne doit donc certainement pas

**être négligée, y compris dans les départements où une organisation du dépistage est proposée depuis longtemps.**

## **BIBLIOGRAPHIE**

## BIBLIOGRAPHIE

Ancelle-Park R., Nicolau J. Evaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein : Résultats 1999. BEH 2001 ; 27 : 127-129.

Dépistage du cancer du sein. Rapport d'évaluation du suivi épidémiologique. InVS, Novembre 2000.

Programme national de dépistage systématique du cancer du sein : Résultats et perspectives. Séminaire de Maisons-Alfort, 29 et 30 mars 1999 - InVS.

Oberlé D. Etat des campagnes généralisées du dépistage du cancer du sein. Société Française de Santé Publique - Août 1999.

Aptel I., Grosclaude P., Duchène Y et al. Stades des cancers du sein dans une région sans dépistage systématique. Etude à partir des demandes de mise en Affection Longue Durée dans la région Midi-Pyrénées (1998-1999). BEH 2000 ; 22 : 91-93.

Opinion des médecins libéraux de Rhône-Alpes sur le dépistage organisé du cancer du sein. URCAM Rhône-Alpes - ORS. Avril 2001.

Evaluation de la campagne départementale de dépistage des trois cancers féminins en Isère. CAREPS. Conseil Général de l'Isère. Rapport N°192, septembre 1996.

Analyse de la place du médecin libéral dans une campagne de dépistage organisé. CAREPS. ODLC. Rapport N°290, juillet 2000.

Perception, réalité et limites des campagnes de dépistage chez les publics défavorisés. CAREPS. Trait d'Union ParoleSanté. Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Grenoble. Rapport N°314, décembre 2002.

Perception du dépistage organisé du cancer du sein par les médecins généralistes de Haute-Savoie. CAREPS. Conseil Général de Haute-Savoie. Rapport N°357, février 2002.

Dépistage du cancer du sein. Chantiers de l'Union, bulletin de l'Union N°16, septembre 2002.

## ANNEXES

### **1 - Croisements complémentaires**

### **2 - Liste des médecins participants**

*Nota : d'autres croisements complémentaires, réalisés à titre systématique, notamment la ventilation des questionnaires médicaux en fonction du département, sont proposés dans un volume annexe distinct du présent rapport.*

## CROISEMENTS COMPLEMENTAIRES

### Annexe I

Distribution par âge des médecins participants (% et moyenne) selon la spécialité, le type d'exercice et le sexe

Âge	Omnipraticiens				Gynécologues			
	MG	MEP	H	F	MED	OBS	H	F
Moins de 48 ans (%)	51.4	36.1	43.8	68.4	36.4	34.2	28.9	38.1
48 ans et plus (%)	48.6	63.9	56.2	31.6	63.6	65.8	71.1	61.9
Âge moyen	46.7	48.2	48.2	42.7	49.4	49.5	51.3	48.9
EFFECTIFS	158	18	129	46	46	39	20	64

### Annexe II

Distribution par âge des médecins participants (% et moyenne) selon la spécialité, le secteur conventionnel et le volume d'activité

Âge	Omnipraticiens				Gynécologues			
	Secteur		Activité		Secteur		Activité	
	I	II	++	+/-	I	II	++	+/-
Moins de 48 ans (%)	54.6	19.5	47.5	51.8	39.8	27.6	41.6	25.6
48 ans et plus (%)	45.4	80.5	52.5	48.2	60.2	72.4	58.4	74.4
Âge moyen	46.3	50.1	47.3	46.4	49.4	49.6	48.9	50.2
EFFECTIFS	152	24	79	95	56	29	50	34

### Annexe III

Distribution par sexe des médecins participants (%) selon la spécialité, le type d'exercice et l'âge

Sexe	Omnipraticiens				Gynécologues			
	MG	MEP	<48	≥48	MED	OBS	<48	≥48
Masculin	75.6	59.2	65.1	83.8	7.1	45.6	19.5	26.8
Féminin	24.4	40.8	34.9	16.2	92.9	54.4	80.5	73.2
EFFECTIFS	158	18	88	87	46	38	31	53

### Annexe IV

Distribution par sexe des médecins participants (%) selon la spécialité, le secteur conventionnel et le volume d'activité

Sexe	Omnipraticiens				Gynécologues			
	Secteur		Activité		Secteur		Activité	
	I	II	++	+/-	I	II	++	+/-
Masculin	73.4	78.1	77.5	70.4	13.5	43.7	20.8	29.4
Féminin	26.6	21.9	22.5	29.6	86.5	56.3	79.2	70.6
EFFECTIFS	152	24	78	96	56	28	50	33

### Annexe V

Distribution par secteur conventionnel des médecins participants (%) selon la spécialité, le type d'exercice, l'âge et le sexe

Secteur	Omnipraticiens						Gynécologues					
	MG	MEP	<48	≥48	H	F	MED	OBS	<48	≥48	H	F
Secteur I	92.6	32.2	94.7	78.4	85.8	88.6	71.5	54.3	71.7	59.3	36.1	73.7
Secteur II	7.4	67.8	5.3	21.6	14.2	11.4	28.5	45.7	28.3	40.7	63.9	26.3
EFFECTIFS	159	18	88	88	129	47	46	39	31	54	20	64

### Annexe VI

Distribution par secteur conventionnel des médecins participants (%) selon la spécialité et le volume d'activité

Secteur	Omniprat.		Gynéco.	
	Activité		Activité	
	++	+/-	++	+/-
Secteur I	88.1	86.1	74.5	48.2
Secteur II	11.9	13.9	25.5	51.8
EFFECTIFS	79	96	50	34

**Annexe VII**  
**Distribution par volume d'activité des médecins participants (%) selon la spécialité, le type d'exercice, l'âge et le sexe**

Activité	Omnipraticiens						Gynécologues					
	MG	MEP	<48	≥48	H	F	MED	OBS	<48	≥48	H	F
++	45.3	61.2	44.9	49.2	48.9	39.8	52.7	64.5	69.2	52.0	50.3	61.6
+/-	54.7	38.8	55.1	50.8	51.1	60.2	47.3	35.5	30.8	48.0	49.7	38.4
EFFECTIFS	158	17	87	87	127	47	46	38	30	54	20	63

**Annexe VIII**  
**Distribution par volume d'activité des médecins participants (%) selon la spécialité et le secteur conventionnel**

Activité	Omniprat.		Gynéco.	
	Secteur		Secteur	
	I	II	I	II
++	47.4	42.9	68.1	40.5
+/-	52.6	57.1	31.9	59.5
EFFECTIFS	152	23	55	29

**Annexe IX**  
**Éléments considérés par les médecins comme un obstacle pour aborder le thème du dépistage du cancer du sein (%) selon la spécialité, l'âge et le sexe du médecin (différences significatives en gras)**

Obstacle Réel	Omniprat.				Gynéco.			
	<48	≥48	H	F	<48	≥48	H	F
Pb de compréhension de la langue française	32.5	27.6	28.3	35.2	27.2	19.0	22.5	20.2
Patiente non suivie régulièrement	33.8	25.6	<b>33.2</b>	<b>17.7</b>	4.0	3.8	6.0	1.4
Fragilité psychologique ou problème familiaux/sociaux	17.1	11.8	14.7	13.7	11.2	4.4	6.0	7.2
Freins culturels chez la patiente	21.8	17.7	21.4	15.0	9.0	4.4	0.0	6.2
Niveau intellectuel limité de la patiente	16.0	16.2	16.3	15.4	22.2	12.9	11.9	15.9
Motif de consultation inapproprié	15.5	15.5	15.9	14.2	0.0	0.0	0.0	0.0
Patiente non suivie par vous sur le plan gynécologique	18.3	15.0	<b>18.9</b>	<b>8.1</b>	0.0	0.0	0.0	0.0
Planning de consultation	18.4	14.5	<b>18.6</b>	<b>10.3</b>	6.2	0.0	0.0	2.9
Pb médical intercurrent	18.3	7.8	14.5	9.0	5.9	6.1	10.3	4.8
Nomenclature actuelle	14.9	11.1	<b>16.0</b>	<b>4.3</b>	13.1	5.5	6.0	9.1
Autre élément	5.6	1.3	3.2	4.3	0.0	1.6	0.0	1.4
EFFECTIFS	88	88	129	47	31	54	20	64

**Annexe X**  
**Éléments considérés par les médecins comme un obstacle pour aborder le thème du dépistage du cancer du sein (%) selon la spécialité, le département (avec ou sans dépistage organisé) et la valence prévention du médecin (différences significatives en gras)**

	Omniprat.				Gynéco.			
	DO		Prévention		DO		Prévention	
	Avec	Sans	++	+/-	Avec	Sans	++	+/-
Pb de compréhension de la langue française	30.4	30.1	34.4	28.1	22.7	19.9	17.9	24.4
Patiente non suivie régulièrement	29.1	29.7	23.7	32.4	5.6	0.0	2.7	4.6
Fragilité psychologique ou problème familiaux/sociaux	14.7	13.6	13.2	14.8	9.8	0.0	6.6	6.9
Freins culturels chez la patiente	21.0	17.2	16.1	21.4	7.6	2.5	5.6	6.3
Niveau intellectuel limité de la patiente	14.4	19.8	14.8	17.4	17.7	12.5	14.0	17.5
Motif de consultation inapproprié	16.4	15.0	16.3	15.6	0.0	0.0	0.0	0.0
Patiente non suivie par vous sur le plan gynécologique	14.8	19.0	19.1	15.1	0.0	0.0	0.0	0.0
Planning de consultation	16.7	15.5	<b>10.1</b>	<b>19.5</b>	1.5	3.8	0.0	3.5
Pb médical intercurrent	13.8	11.4	13.0	12.8	8.7	0.0	6.6	5.7
Nomenclature actuelle	12.9	12.7	<b>7.2</b>	<b>15.9</b>	8.5	7.5	6.6	9.2
Autre élément	3.0	4.0	6.9	1.6	1.5	0.0	0.0	1.7
EFFECTIFS	112	66	61	117	57	28	32	53

### Annexe XI

Proportion de médecins considérant que certains éléments constituent un frein fréquent pour convaincre une patiente de passer une mammographie de dépistage selon la spécialité, l'âge et le sexe du médecin (différences significatives en gras)

Frein fréquent	Omniprat.				Gynéco.			
	<48	≥48	H	F	<48	≥48	H	F
Négligence (repousse au lendemain)	87.8	81.9	83.6	88.5	<b>54.3</b>	<b>79.5</b>	82.2	66.3
Peur de savoir	62.9	60.7	65.2	54.2	53.6	58.4	56.4	57.9
Patiente très éloignée de la notion de prévention	<b>63.2</b>	<b>45.6</b>	56.4	46.7	17.6	25.7	21.4	21.8
Patiente hyperactive, débordée	52.5	46.8	<b>45.0</b>	<b>65.0</b>	<b>37.8</b>	<b>67.9</b>	64.7	54.1
Patiente en bonne santé, ne se sent pas concernée	42.1	52.0	53.3	29.3	<b>15.7</b>	<b>37.0</b>	36.5	25.9
Peur d'un examen douloureux	<b>53.6</b>	<b>37.3</b>	42.0	53.0	60.3	56.2	60.6	55.9
Patiente non autonome, ne peut pas y aller seule	32.9	30.4	30.7	34.4	16.5	17.6	15.1	18.2
réticences culturelles	36.1	26.5	33.6	24.8	17.9	9.1	10.3	13.0
Scepticisme sur l'intérêt du dépistage	31.1	20.5	27.6	22.8	17.6	19.0	24.2	15.1
Eloignement du cabinet de radiologie, pb de transport	<b>22.5</b>	<b>10.8</b>	16.1	18.2	5.9	5.6	4.4	6.3
Raisons financières	13.2	13.0	13.7	11.4	4.3	4.0	6.0	3.6
Doute sur la fiabilité de l'examen	9.0	8.8	10.0	5.8	12.5	18.9	21.0	15.5
autre élément	3.2	1.9	2.7	2.1	0.0	0.0	0.0	0.0
EFFECTIFS	88	88	129	47	31	54	20	64

### Annexe XII

Proportion de médecins considérant que certains éléments constituent un frein fréquent pour convaincre une patiente de passer une mammographie de dépistage selon la spécialité, le département (avec ou sans dépistage organisé) et la valence prévention du médecin (différences significatives en gras)

Frein fréquent	Omniprat.				Gynéco.			
	DO		Prévention		DO		Prévention	
	Avec	Sans	++	+/-	Avec	Sans	++	+/-
Négligence (repousse au lendemain)	88.1	80.1	84.4	85.3	73.1	64.8	67.5	72.5
Peur de savoir	66.0	54.9	66.6	59.1	56.4	57.4	63.2	52.7
Patiente très éloignée de la notion de prévention	54.1	53.4	53.7	53.9	19.8	29.8	27.4	19.9
Patiente hyperactive, débordée	53.0	45.8	<b>38.8</b>	<b>56.3</b>	60.5	49.7	60.9	55.0
Patiente en bonne santé, ne se sent pas concernée	<b>54.2</b>	<b>34.5</b>	46.6	46.5	27.0	35.1	23.6	33.1
Peur d'un examen douloureux	44.5	45.5	49.3	42.5	56.7	59.9	64.9	53.2
Patiente non autonome, ne peut pas y aller seule	31.9	31.8	28.0	34.0	13.4	26.1	14.6	18.8
réticences culturelles	30.4	31.8	27.5	32.8	13.7	8.7	4.9	16.7
Scepticisme sur l'intérêt du dépistage	<b>32.3</b>	<b>16.2</b>	19.0	29.8	16.8	22.4	13.3	21.7
Eloignement du cabinet de radiologie, pb de transport	15.4	18.1	12.8	18.4	6.1	4.9	2.9	7.5
Raisons financières	12.2	15.6	11.8	14.4	2.0	8.9	4.0	4.2
Doute sur la fiabilité de l'examen	11.3	4.9	4.0	11.3	19.0	11.2	15.0	17.6
autre élément	0.9	5.0	4.2	1.6	0.0	0.0	0.0	0.0
EFFECTIFS	112	66	61	117	57	28	32	53

### Annexe XIII

Proportion de médecins considérant que, sur le plan de la santé publique, la mise en place du dépistage organisé du cancer du sein constitue une avancée par rapport à la situation actuelle ou à la situation antérieure selon la spécialité, la valence prévention, le secteur conventionnel et le volume d'activité du médecin (différences significatives en gras)

DO =avancée	Omnipraticiens						Gynécologues					
	Prévention		Secteur		Activité		Prévention		Secteur		Activité	
	++	+/-	I	II	++	+/-	++	+/-	I	II	++	+/-
Très certainement	68.5	72.2	71.1	68.5	72.2	70.0	52.4	55.7	49.1	63.8	45.5	66.0
Plus ou moins	17.7	19.2	17.6	26.4	18.3	18.5	23.6	30.5	27.5	28.4	38.0	14.3
<i>Total oui</i>	<i>86.2</i>	<i>91.4</i>	<i>88.7</i>	<i>94.9</i>	<i>90.5</i>	<i>88.5</i>	<i>76.0</i>	<i>86.2</i>	<i>76.6</i>	<i>92.2</i>	<i>83.5</i>	<i>80.3</i>
Pas spécialement	13.8	8.6	11.3	5.1	9.5	11.5	24.0	13.8	23.4	7.8	16.5	19.7
EFFECTIFS	61	117	153	24	79	96	32	53	56	29	50	34

### Annexe XIV

Opinion des médecins sur la complémentarité entre dépistage organisé et exercice libéral de la médecine selon la spécialité, la valence prévention, le secteur conventionnel et le volume d'activité (%)

	Omnipraticiens						Gynécologues					
	Prévention		Secteur		Activité		Prévention		Secteur		Activité	
	++	+/-	I	II	++	+/-	++	+/-	I	II	++	+/-
Tout à fait complémentaire	52.9	39.6	44.7	42.0	49.3	40.0	35.3	46.1	37.6	49.6	36.6	48.6
Plutôt complémentaire	30.5	46.4	39.4	48.7	40.9	40.2	45.2	27.1	39.6	24.1	40.2	25.5
Plutôt en interférence	11.3	11.9	12.9	4.2	8.3	15.1	16.7	22.7	19.4	22.3	21.3	19.5
Tout à fait en interférence	5.3	2.1	2.9	5.1	1.5	4.8	2.8	4.1	3.4	4.0	1.8	6.3
EFFECTIFS	59	116	150	24	78	94	30	51	53	28	49	31

### Annexe XV

Proportion de médecins considérant que certains éléments constituent un obstacle réel susceptible de limiter leur adhésion à un programme de dépistage organisé du cancer du sein selon la spécialité, l'âge et le sexe

Obstacle réel	Omniprat.				Gynéco.			
	<48	≥48	H	F	<48	≥48	H	F
Crainte de la lourdeur administrative	29.2	16.4	25.1	16.4	28.6	31.5	39.7	26.2
Nomenclature non adaptée à un tel engagement	28.5	13.0	24.3	10.6	15.8	21.5	16.6	20.8
Disponibilité insuffisante, saturation	22.7	9.0	16.4	14.0	8.8	13.0	9.5	12.3
Crainte d'une évolution vers une médecine encadrée	8.0	6.6	8.5	3.8	28.8	32.7	33.3	29.4
Réticence vis-à-vis des démarches systématiques	8.2	10.1	11.8	1.6	9.0	3.8	0.0	7.6
Réticence à adopter un calendrier standardisé	3.1	4.2	5.0	0.0	11.7	9.9	6.4	12.1
Doutes sur la fiabilité du dépistage	3.5	3.3	3.3	3.8	13.1	0.0	6.0	4.3
Dévalorisation de la position du médecin libéral	5.8	5.9	7.2	2.1	26.1	20.4	26.9	19.5
Interférence relation médecin-patiente	1.1	6.0	3.3	2.1	6.1	9.3	13.4	6.7
Doutes sur l'efficacité du dépistage précoce	2.6	2.3	3.3	0.0	2.9	5.6	0.0	4.3
Autre élément	3.2	3.2	3.6	2.1	0.0	3.8	0.0	3.3
EFFECTIFS	88	88	129	47	31	54	20	64

### Annexe XVI

Proportion de médecins adhérant (départements avec DO) ou pensant adhérer (départements sans DO) au programme de dépistage organisé du cancer du sein selon la valence prévention, le secteur conventionnel et le volume d'activité

	Omnipraticiens						Gynécologues					
	Prévention		Secteur		Activité		Prévention		Secteur		Activité	
	++	+/-	I	II	++	+/-	++	+/-	I	II	++	+/-
Total oui	100	93.3	97.0	87.6	96.1	95.2	94.1	98.2	94.6	100	96.1	97.3
Dont : pour toutes les femmes de 50 à 74 ans	42.2	34.2	37.0	38.9	36.9	37.3	22.1	34.1	27.5	32.7	24.3	35.4
EFFECTIFS	59	111	145	24	78	89	31	49	52	28	48	31

**Annexe XVII**  
**Éléments pour lesquels le rôle du médecin est jugé important dans le cadre d'un programme de**  
**dépistage selon la spécialité, l'âge et le sexe du médecin (%)**

Rôle très important	Omniprat.				Gynéco.			
	<48	≥48	H	F	<48	≥48	H	F
Rappel aux patientes "oublieuses"	76.6	77.8	74.2	85.7	79.5	78.8	73.4	80.4
Motivation des femmes les plus éloignées	83.8	76.8	77.8	87.4	80.5	87.1	86.1	84.1
Information et soutien en cas d'anomalie découverte	93.0	85.9	88.0	93.7	93.1	90.8	95.6	90.1
Explications sur les modalités de la mammo.	29.8	38.3	33.3	38.4	56.0	49.2	42.1	53.7
Explication du compte rendu	67.0	59.4	61.1	69.3	67.5	76.2	77.5	71.2
Autre(s) rôle(s)	3.1	1.3	3.0	0.0	19.2	14.4	19.8	15.2
<i>EFFECTIFS</i>	<i>88</i>	<i>88</i>	<i>129</i>	<i>47</i>	<i>31</i>	<i>54</i>	<i>20</i>	<i>64</i>

**Annexe XVIII**  
**Éléments pour lesquels le rôle du médecin est jugé important dans le cadre d'un programme de**  
**dépistage selon la spécialité, le département (avec ou sans dépistage organisé) et la valence prévention**  
**du médecin (%)**

Rôle très important	Omniprat.				Gynéco.			
	DO		Prévention		DO		Prévention	
	Avec	Sans	++	+/-	Avec	Sans	++	+/-
Rappel aux patientes "oublieuses"	79.0	75.0	78.3	77.0	80.8	75.1	95.4	68.9
Motivation des femmes les plus éloignées	82.3	77.7	80.2	80.7	85.8	82.5	93.4	79.5
Information et soutien en cas d'anomalie découverte	91.5	86.6	87.5	90.7	87.9	100	90.9	92.0
Explications sur les modalités de la mammo.	36.0	31.5	37.2	32.7	49.6	56.4	58.8	47.2
Explication du compte rendu	64.2	62.7	63.6	63.6	71.7	76.3	76.9	70.8
Autre(s) rôle(s)	3.6	0.0	1.9	2.3	15.6	17.3	11.8	18.8
<i>EFFECTIFS</i>	<i>112</i>	<i>66</i>	<i>61</i>	<i>117</i>	<i>57</i>	<i>28</i>	<i>32</i>	<i>53</i>

### Annexe XIX

Proportion de médecins déclarant éprouver un certain besoin de formation - information sur le cancer du sein et son dépistage selon la spécialité, le type d'exercice, l'âge et le sexe

Souhait de formation-inform	Omnipraticiens						Gynécologues					
	MG	MEP	<48	≥48	H	F	MED	OBS	<48	≥48	H	F
Certainement	29.2	26.8	32.0	25.4	28.7	28.8	13.6	30.6	25.5	19.0	39.8	15.8
Un peu	33.8	39.7	36.1	33.5	34.0	36.9	20.9	26.6	25.9	22.1	21.4	24.6
<b>Total oui</b>	<b>63.0</b>	<b>66.4</b>	<b>68.1</b>	<b>59.0</b>	<b>62.7</b>	<b>65.6</b>	<b>34.5</b>	<b>57.3</b>	<b>51.4</b>	<b>41.2</b>	<b>61.2</b>	<b>40.4</b>
Pas spécialement	37.0	33.6	31.9	41.0	37.3	34.4	65.5	42.7	48.6	58.8	38.8	59.6
<i>EFFECTIFS</i>	160	18	88	88	129	47	46	39	31	54	20	64

### Annexe XX

Proportion de médecins déclarant éprouver un certain besoin de formation - information sur le cancer du sein et son dépistage selon la spécialité, la valence prévention du médecin, le secteur conventionnel et le volume d'activité

Souhait de formation-inform	Omnipraticiens						Gynécologues					
	Prévention		Secteur		Activité		Prévention		Secteur		Activité	
	++	+/-	I	II	++	+/-	++	+/-	I	II	++	+/-
Certainement	14.5	36.7	29.9	19.8	26.3	30.2	27.9	17.2	20.5	22.7	21.4	21.6
Un peu	40.4	31.2	34.3	36.8	34.7	34.1	19.6	25.9	28.0	15.6	22.3	25.6
<b>Total oui</b>	<b>54.9</b>	<b>67.9</b>	<b>64.2</b>	<b>56.7</b>	<b>61.0</b>	<b>64.3</b>	<b>47.6</b>	<b>43.1</b>	<b>48.5</b>	<b>38.3</b>	<b>43.7</b>	<b>47.1</b>
Pas spécialement	45.1	32.1	35.8	43.3	39.0	35.7	52.4	56.9	51.5	61.7	56.3	52.9
<i>EFFECTIFS</i>	61	117	153	24	79	96	32	53	56	29	50	34

### Annexe XXI

Type de formation ou d'information souhaitée par les médecins en fonction de la spécialité, de l'âge et du sexe (% calculé sur l'ensemble de l'échantillon)

Souhaitent certainement	Omniprat.				Gynéco.			
	<48	≥48	H	F	<48	≥48	H	F
Documentation écrite	<b>53.9</b>	<b>40.7</b>	45.3	50.7	32.2	25.7	37.3	25.6
FMC	<b>30.6</b>	<b>21.1</b>	31.0	32.4	<b>28.0</b>	<b>19.0</b>	21.5	22.8
Séminaire départemental	32.7	27.2	32.4	22.8	<b>37.6</b>	<b>11.4</b>	25.0	19.7
Accès à un site internet	<b>32.8</b>	<b>18.4</b>	24.7	27.9	17.3	9.3	17.8	10.6
Autre(s) formule(s)	2.5	2.5	2.6	2.2	2.9	0.0	0.0	1.4
<i>EFFECTIFS</i>	88	88	129	47	31	54	20	64

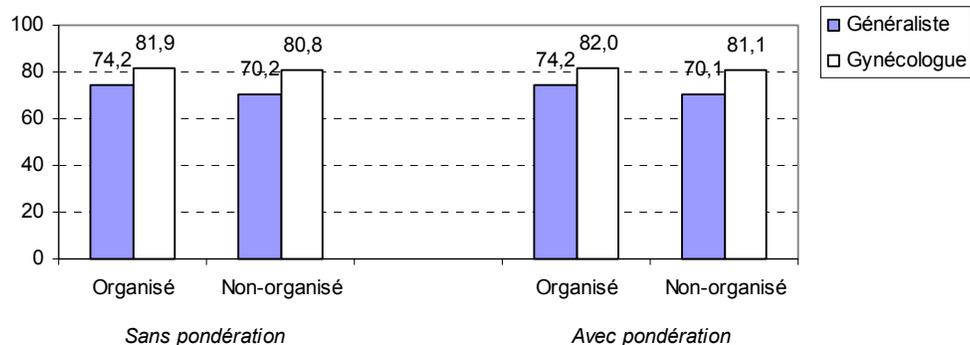
### Annexe XXII

Type de formation ou d'information souhaitée par les médecins en fonction de la spécialité, du département (avec ou sans dépistage organisé) et de la valence prévention du médecin (% calculé sur l'ensemble de l'échantillon)

Souhaitent certainement	Omniprat.				Gynéco.			
	DO		Prévention		DO		Prévention	
	Avec	Sans	++	+/-	Avec	Sans	++	+/-
Documentation écrite	32.2	25.7	37.3	25.6	26.6	31.3	30.0	26.8
FMC	<b>22.9</b>	<b>45.1</b>	<b>22.8</b>	<b>36.3</b>	21.5	23.7	<b>29.5</b>	<b>17.6</b>
Séminaire départemental	<b>23.6</b>	<b>39.0</b>	35.6	26.4	<b>11.7</b>	<b>41.2</b>	<b>27.7</b>	<b>16.3</b>
Accès à un site internet	24.1	27.1	28.1	23.8	11.5	13.6	15.9	9.8
Autre(s) formule(s)	0.9	4.9	3.5	1.9	1.5	0.0	0.0	1.7
<i>EFFECTIFS</i>	112	66	61	117	57	28	32	53

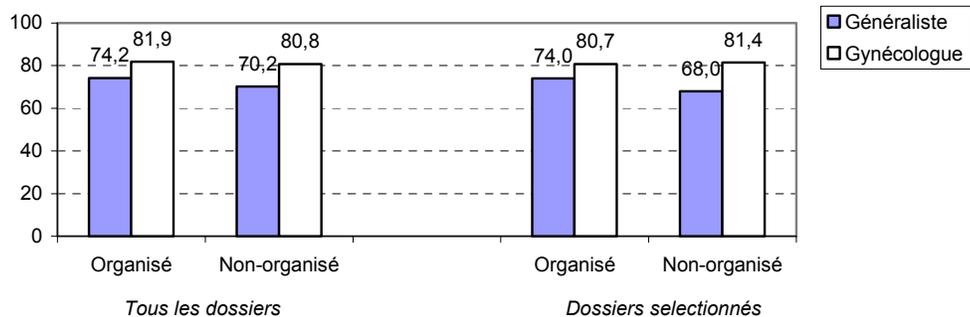
### Annexe XXIII

Proportion de femmes de 50 à 74 ans ayant passé une mammographie récente (moins de 24 mois) selon la spécialité et le département (avec ou sans dépistage organisé). Confrontation des données brutes et des données pondérées (prise en compte des effectifs réels des médecins exerçant dans chaque département). Calcul sur l'ensemble des dossiers



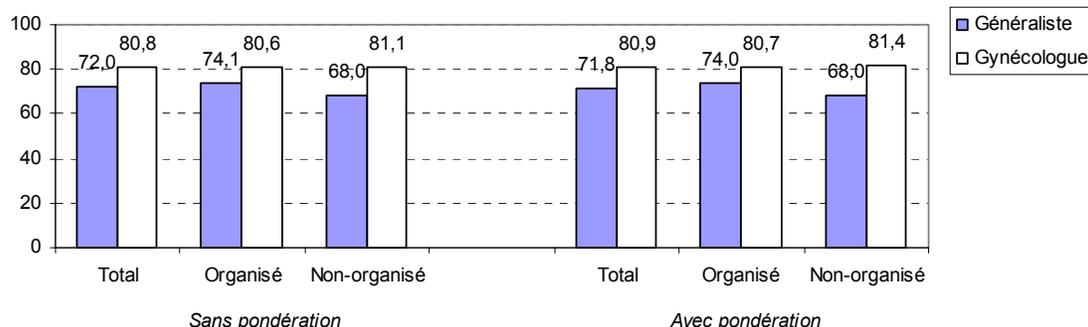
### Annexe XXIV

Proportion de femmes de 50 à 74 ans ayant passé une mammographie récente (moins de 24 mois) selon la spécialité et le département (avec ou sans dépistage organisé). Confrontation des données relevées sur l'ensemble des dossiers et sur un sous ensemble sélectionné de dossiers où les dates de collecte semblent avoir été scrupuleusement respectées (86% de l'ensemble) (calcul après pondération pour prendre en compte les effectifs réels des médecins exerçant dans chaque département).



### Annexe XXV

Proportion de femmes de 50 à 74 ans ayant passé une mammographie récente (moins de 24 mois) selon la spécialité et le département (avec ou sans dépistage organisé). Confrontation des données non pondérées et pondérées (pondération sur l'effectif réel des médecins exerçant dans chaque département). Calcul réalisé sur un sous ensemble sélectionné de dossiers où les dates de collecte semblent avoir été scrupuleusement respectées (86% de l'ensemble)



### Annexe XXVI

Proportion de femmes de 50 à 74 ans ayant passé une mammographie depuis moins de 24 mois ("mammo +") selon l'âge et le département

A : Etude réalisée chez les généralistes

Age de la patiente	Département								Région*
	01	07	26	38	42	69	73	74	
50 - 59 ans	71.4	66.7	76.7	81.2	76.4	77.3	79.7	74.2	76.8
60 - 69 ans	76.0	63.6	69.4	64.9	77.7	76.2	65.3	64.0	71.1
70 - 74 ans	44.4	60.0	66.0	63.8	63.3	69.1	40.7	46.9	61.7
<b>50 - 74 ans</b>	<b>73.1</b>	<b>62.1</b>	<b>72.6</b>	<b>72.1</b>	<b>73.0</b>	<b>76.0</b>	<b>75.7</b>	<b>64.8</b>	<b>72.7</b>

B : Etude réalisée chez les gynécologues

Age de la patiente	Département								Région*
	01	07	26	38	42	69	73	74	
50 - 59 ans	77.4	95.8	67.7	82.4	77.1	78.0	72.1	86.0	80.7
60 - 69 ans	68.8	93.8	62.5	79.7	88.2	88.1	79.2	84.0	84.2
70 - 74 ans	33.3	0.0	50.0	50.0	75.0	90.0	66.7	75.0	64.7
<b>50 - 74 ans</b>	<b>74.4</b>	<b>90.5</b>	<b>70.8</b>	<b>82.0</b>	<b>81.4</b>	<b>82.1</b>	<b>71.8</b>	<b>84.4</b>	<b>81.7</b>

### Annexe XXVII

Catégorie socio-professionnelle des patientes "mammo -" selon la spécialité (%)

CSP	Généralistes	Gynécologues
Agricultrice	7.8	3.6
Artisan, commerçante	10.8	10.5
Chef d'entreprise	0.4	1.8
Cadre, prof. libérale...	5.9	10.8
Prof. intermédiaires	13.3	24.1
Employée	28.2	30.4
Ouvrières	14.1	6.5
Autres	1.3	0.5
Sans aucune activité	18.3	11.7
<b>EFFECTIFS</b>	<b>902</b>	<b>353</b>

**Annexe XXVIII**

**Taille de l'agglomération de résidence des patientes n'ayant pas passé de mammographie au cours des 2 années écoulées selon la spécialité et comparaison aux données de l'INSEE (%)**

Taille de l'agglomération	Généralistes	Gynécologues	INSEE RP 1999 (agglomération)	INSEE RP 1999 (commune)
< 2 000 hab.	30.9	15.5	22.2	25.5
2 000 – 20 000 hab.	34.1	42.0	15.7	41.1
20 000 – 50 000 hab.	8.5	14.5	8.9	13.7
50 000 – 100 000 hab.	7.6	7.8	8.3	4.1
> 100 000 hab.	18.9	20.3	44.9	15.5
<i>EFFECTIFS</i>	<i>918</i>	<i>375</i>	<i>724244</i>	<i>724244</i>

## LISTE DES MEDECINS LIBERAUX AYANT PARTICIPE A L'ENQUETE

### GENERALISTES (N=178)

Nom	Prénom	Ville	Département
YAILIAN	Bernard	MEILLONNAS	Ain
GAUTHIER	Alain	PONT DE VAUX	Ain
PENETRAT	Françoise	BOURG EN BRESSE	Ain
BONNEMAISON	Franck	CHALEINS	Ain
FUVEL	Marc	MEXIMIEUX	Ain
ACTIS	Isabella	ST GENIS POUILLY	Ain
GUILLOT	Régis	TREVOUX	Ain
DUQUENNE	Antoine	VIRIEU LE GRAND	Ain
GALES	Gerald	CORNAS	Ardèche
BOUGEOT	François	RUOMS	Ardèche
BOIS	Damien	ANDANCE	Ardèche
BONNEAU	Yanick	ANNONAY	Ardèche
LEXTREYT	Jacques	BOURG ST ANDEOL	Ardèche
FATON	Daniel	JAUJAC	Ardèche
ALOGNA	Philippe	VALLON PONT D ARC	Ardèche
GALLEA	Yves	AOUSTE SUR SYE	Drôme
BONNARDEL	Lucien	BESAYES	Drôme
PUZIN	Bernard	BOURG LES VALENCE	Drôme
KELEDJIAN	Philippe	MONTELIMAR	Drôme
BOYER	Frédéric	LA MOTTE CHALANCON	Drôme
BLOND	Daniel	ST MARCEL LES VALENCE	Drôme
MOUTTON	Jean-Louis	ST VALLIER	Drôme
DIAS	Georges	VALENCE	Drôme
BOURDREL	Pierre	ALLAN	Drôme
LE BOUEDEC	Laurence	DONZERE	Drôme
THINON	Christian	EPINOUBE	Drôme
BATIAT	Jacqueline	SAVASSE	Drôme
MARQUIS	Régis	SUZE LA ROUSSE	Drôme
CHAFFOIS	Bernard	VALENCE	Drôme
SALEON TERRAS	François	LES ABRETS	Isère
CORJON	Jean-Paul	LE BOURG D OISANS	Isère
THOMASSIN	Nicole	LA COTE ST ANDRE	Isère
AMOUREUX-RICHALET	Corinne	CROLLES	Isère
CHABOT	Philippe	ECHIROLLES	Isère
CAUSSE	Jean-René	GRENOBLE	Isère
GOURGUE	Philippe	GRENOBLE	Isère
VINCENT	Eric	L ISLE D ABEAU	Isère
MOUNIER	Nathalie	LA MURE D ISERE	Isère
LAYDEVANT	Philippe	VARCES ALLIERES ET RISSET	Isère
HERNANDEZ	Alain	VIENNE	Isère
DELEUZE	Laurence	VILLETTE DE VIENNE	Isère
DELORME	Olivier	VIZILLE	Isère
EYMERY	Jean-Michel	BEAUREPAIRE	Isère
RIVIER	Georges	CREMIEU	Isère
FIGIORESE	Philippe	FONTAINE	Isère
CROIZE	Annick	GIERES	Isère
AZZOPARDI	Yves	GRENOBLE	Isère
BOUCHAUD	Jacques	ECHIROLLES	Isère
BOURLARD	Odile	GRENOBLE	Isère
CREPIN	Bernard	GRENOBLE	Isère
LORRAIN	Eric	GRENOBLE	Isère

DURAND	Blandine	MONTALIEU VERCIEU	Isère
VERNAY	Alain	RIVES SUR FURE	Isère
DUMOULIN	Philippe	ST GEORGES DE COMMIERS	Isère
ROUSSET	Jean-Yves	ST GEORGES DE COMMIERS	Isère
GALAVIELLE	Claude	ST MARTIN D HERES	Isère
SOUBIE	Jean François	SERMERIEU	Isère
MARECHAL	Roger	LA VERPILLIERE	Isère
BARJHOUX	Denis	VINAY	Isère
FOUILLARD	Christophe	VIZILLE	Isère
JOURNET	Laurent	ST VERAND	Isère
DONADIEU	Jacques	CHAZELLES SUR LYON	Loire
COUET	Anne-Marie	PELUSSIN	Loire
GRANGER	Françoise	LA RICAMARIE	Loire
CHARRIER	Marie-Dominique	RIVE DE GIER	Loire
CLAUDEL	Damien	ST BONNET LE CHATEAU	Loire
JAMOT-FOURNERON	Christine	ST ETIENNE	Loire
MEYRAND	Bruno	ST GALMIER	Loire
GRANGE	Denis	ST JUST ST RAMBERT	Loire
POMPEL	Jean-Louis	SAVIGNEUX	Loire
DECHANDON-PONCHON	Bernadette	VEAUCHE	Loire
EGLINGER	Eric	BALBIGNY	Loire
BESSON	Jean-Paul	CHAZELLES SUR LYON	Loire
BOUREILLE	Christophe	MARLHES	Loire
DROIN	Christophe	MARLHES	Loire
COIZET	Marie-Pierre	MONTBRISON	Loire
ESTIENNE	Dominique	MONTBRISON	Loire
DODEL	Wilfrid	NEULISE	Loire
BEAUDET	Jacques	PELUSSIN	Loire
BEURET	Dominique	ROANNE	Loire
DZEMAILI	Dzemail	ST CHAMOND	Loire
TOURON	Patrick	ST CHAMOND	Loire
MEKDJIAN	Marc	ST ETIENNE	Loire
VARNIER	Hélène	ST ETIENNE	Loire
GIRAUD	Jean-Pierre	ST GENEST LERPT	Loire
TROUILLET	Annick	ST GENEST MALIFAUZ	Loire
DARMIZIN	Joël	ST VICTOR SUR RHINS	Loire
GUILBERT	Catherine	LA TALAUDIÈRE	Loire
LADET POULAIN	Claudine	MABLY	Loire
BUISSON	Bernard	POUILLY LES NONAINS	Loire
DURAND-ERHART	Camille	CHAZAY D AZERGUES	Rhône
COMBES	Laurent	ECULLY	Rhône
MAUPAS	Claude	GIVORS	Rhône
PETIT	Olivier	SAIN BEL	Rhône
MARGUERON	Norbert	STE CONSORCE	Rhône
MAITRE	Catherine	TASSIN LA DEMI LUNE	Rhône
PRAT	Christian	THURINS	Rhône
ALESSANDRINI	Louis	VENISSIEUX	Rhône
CHERIEF	Abdelkader	VILLEFRANCHE SUR SAONE	Rhône
GUERIN	Régine	VILLEURBANNE	Rhône
PERRIER	Gilles	VILLEURBANNE	Rhône
AULEN-DE-PALMA	Noëlle	DECINES CHARPIEU	Rhône
BERNAY	Erika	GENAS	Rhône
DESPORTE-RICHARD	Brigitte	GENAY	Rhône
HILLION	Luc	LYON	Rhône
MARCERON	Véronique	LYON	Rhône

CHAPDANIEL	Martine	LYON	Rhône
DI CARLO	Marie-Christine	LYON	Rhône
DUCARRE	Marcel	LYON	Rhône
GAUDILLIERE	Nadine	ANSE	Rhône
BRUNEL	Laurent	BELLEVILLE	Rhône
GRASSET	Lucile	BRON	Rhône
ROOJEE	Neguib	CHAPONOST	Rhône
CROUZET	Pierre	CHATILLON	Rhône
ROUX	Jean-Paul	ECULLY	Rhône
MEASSON	Didier	GIVORS	Rhône
BERTRAND	Marc	LIERGUES	Rhône
HADJIDAKIS	Emmanuel	LISSIEU	Rhône
CAGNOL	Patrick	ORLIENAS	Rhône
DEYDIER	Catherine	OULLINS	Rhône
PITOT	Alain	STE COLOMBE	Rhône
CANTRELLE	François	STE FOY LES LYON	Rhône
GUEZ	Charles henry	STE FOY LES LYON	Rhône
BOASIS	Michel-Jack	VILLEURBANNE	Rhône
FASSI	Sabine	VILLEURBANNE	Rhône
LAUGT	André	VILLEURBANNE	Rhône
MAXIT	Laurence	DECINES CHARPIEU	Rhône
CEZANNE-BERT	Roland	ST PRIEST	Rhône
JOUVE	Claude	ST PRIEST	Rhône
POURTIER	Geneviève	LYON	Rhône
TROLLIET	Colette	LYON	Rhône
PONT	Jean Claude	LYON	Rhône
CHARLAIX	Jean-Claude	LYON	Rhône
DUC DODON	Pascal	LYON	Rhône
GRAIN	Frédérique	LYON	Rhône
CACERES	François	LYON	Rhône
PABION	Bernard	LYON	Rhône
AUDRAN	Dominique	LENTILLY	Rhône
THOMAS	Pascal	VAUGNERAY	Rhône
CHABERT	Marie Françoise	ST PRIEST	Rhône
ESPOSITO	Joseph	LYON	Rhône
PICOLLET-BONNE	Françoise	AIGUEBELLE	Savoie
VIENNE	Gérard	AIX LES BAINS	Savoie
DELLAC	André	ALBERTVILLE	Savoie
BRINGOUD	Christian	BARBY	Savoie
BLANC	Gilles	LES MARCHES	Savoie
FARCY	Jacques	LA RAVOIRE	Savoie
TALUY	Erol	ST BALDOPH	Savoie
VUILLERMET	Patrick	AIX LES BAINS	Savoie
BOUCHET	Jacques	APREMONT	Savoie
MOLINA D ARANDA DE DARRAX	Pierre	CHAMBERY	Savoie
VIEL-EUDES	Pascale	CHAMBERY	Savoie
CONSTANTIN	Jean Louis	DRUMETTAZ CLARAFOND	Savoie
VINCENSINI	Jean Louis	FRONTENEX	Savoie
MAILLARD-VERNET	Sonia	LA RAVOIRE	Savoie
CHARVIN DAVID	Catherine	ST JEAN DE MAURIENNE	Savoie
CRETINON	Pierre	ST PIERRE D ALBIGNY	Savoie
BAUMHAUER	Jacques	ANNECY	Haute-Savoie
CHEMLA	Patrick	ANNECY	Haute-Savoie
CARILLON	Alain	ANNEMASSE	Haute-Savoie
LE GOURRIEREC	Jean marie	CRAN GEVRIER	Haute-Savoie

CANOVA	Agnès	MACHILLY	Haute-Savoie
MANIGLIER	Jean marc	MEGEVE	Haute-Savoie
LOMBARD	Marie pascale	ST GERVAIS LES BAINS	Haute-Savoie
KRAWCZYK	Philippe	ST JULIEN EN GENEVOIS	Haute-Savoie
TOURAUT	Claude	VEYRIER DU LAC	Haute-Savoie
BARNEOUD CHAPELIER	Jean Claude	VINZIER	Haute-Savoie
ROCHER CHANZY	Marie Cécile	ANNECY LE VIEUX	Haute-Savoie
CIBOULET	Philippe	ANNEMASSE	Haute-Savoie
HORVATH	Michel	ANNEMASSE	Haute-Savoie
CHARDON	Bernard	BONNEVILLE	Haute-Savoie
DESTRE	Christian	CHAMONIX MONT BLANC	Haute-Savoie
KUHN	Jean Philippe	FAVERGES	Haute-Savoie
BRALLET	François	MAGLAND	Haute-Savoie
CORDIER	Jean Marc	SALLANCHES	Haute-Savoie
BARBEDIENNE	Paul	THORENS GLIERES	Haute-Savoie
PARIS RAMYEAD	Kishore	VALLEIRY	Haute-Savoie
BERGER	Robert	CUSY	Haute-Savoie

### GYNECOLOGUES (N=85)

Nom - Prénom	Ville	Département
DOLINE FRANCOISE	BOURG EN BRESSE	Ain
SAINFORT PHILIPPE	NANTUA	Ain
REVIL ISABELLE	FERNEY VOLTAIRE	Ain
ROGER HELENE	MEXIMIEUX	Ain
JOUX ANNE-MARIE	AUBENAS	Ardèche
GLEHEN DANIEL	ROMANS SUR ISERE	Drôme
LUSSET ZENTZ CATHERINE	ROMANS SUR ISERE	Drôme
NAKFOUR BASSEM	DIE	Drôme
TREVISAN MARYSE	MONTELIMAR	Drôme
PACTEAU LYDIE	CROLLES	Isère
PERRIAUX FRANCOISE	GRENOBLE	Isère
TERRASSE CATHERINE	GRENOBLE	Isère
DAUGERON-DUQUE MARTINE	PONTCHARRA	Isère
BOUDOUSQUIE-BILIS NADINE	GRENOBLE	Isère
PERIQUET DOMINIQUE-MARIE	GRENOBLE	Isère
BELLET Josette	GRENOBLE	Isère
DEROUARD MONIQUE	GRENOBLE	Isère
JACQUOT DOMINIQUE	GRENOBLE	Isère
OCTOBRE GERARD	GRENOBLE	Isère
CANONICA JACQUES-NOEL	GRENOBLE	Isère
ATLANI JEAN-LUC	GRENOBLE	Isère
GUILLEMIN BERNADETTE	ST EGREVE	Isère
WAREMBOURG EVELYNE	ST EGREVE	Isère
HACQUES PABION CATHERINE	ECHIROLLES	Isère
OPOIX ELISABETH	ECHIROLLES	Isère
URVOY MIREILLE	SEYSSINET PARISET	Isère
SCHODET CATHERINE	SEYSSINET PARISET	Isère
COSTE MARIE-ODILE	PONT DE CHERUY	Isère
EMERY LAURE	SASSENAGE	Isère
BUTTIN GHISLAINE	LE PEAGE DE ROUSSILLON	Isère
LAFAYE SIMONE	GIERES	Isère
BERTONCELLO JOSETTE	LA TRONCHE	Isère
CHOPIN MARIE-CLAUDE	ST ETIENNE	Loire
REBAUD Marie-Josephe	ST ETIENNE	Loire
RENAUD-ROCHETTE Chantal	ST ETIENNE	Loire

SEVESTRE-SCHMID ANNE	ST JUST ST RAMBERT	Loire
KOENIG-HUPPERT ISABELLE	ST PRIEST EN JAREZ	Loire
GANIER CHRYSTEL	ROANNE	Loire
GABRION BARI AMINA	ROANNE	Loire
MERMET-BOUSSON DOMINIQUE	ST CHAMOND	Loire
LEROUDIER VERONIQUE	FONTAINES SUR SAONE	Rhône
CHABANON MARTINE	LYON	Rhône
NACHURY LAURENT-PAUL	VILLEURBANNE	Rhône
VILAIN BEATRICE	VAULX EN VELIN	Rhône
DUVIC GEORGES	VILLEURBANNE	Rhône
PAQUET CHRISTINE	MEYZIEU	Rhône
THOMAS-BONNEAU ANNE	LYON	Rhône
RAUDRANT AGNES	LYON	Rhône
ROLHION CATHERINE	LYON	Rhône
MARTIN MICHEL	LYON	Rhône
NITHARD LEDUC PATRICIA	LYON	Rhône
DERRIEN JEAN	LYON	Rhône
AWADA AZZAM	LYON	Rhône
MALLECOURT PHILLIPE	CEDEX 09 LYON	Rhône
TCHERTCHIAN JEAN	VILLEURBANNE	Rhône
BARRAL GERARD	STE FOY LES LYON	Rhône
BADOC EVELYNE	DECINES CHARPIEU	Rhône
SERVAN GWENDOLINE	TARARE	Rhône
STEEN CLAIRE	BELLEVILLE	Rhône
VELLAY GENEVIEVE	FONTAINES SUR SAONE	Rhône
BARDET Nadine	BRON	Rhône
SOUTOU -FAURE CATHERINE	GENAS	Rhône
STADLER ROGER	ST PRIEST	Rhône
HUCHON REYMOND MARIE-ANGE	ST PRIEST	Rhône
CLEMENT-ROUX MARIE-CHRISTINE	ECULLY	Rhône
LONG-BERGERET BERNADETTE	BRON	Rhône
PASSARELLI PIERRE	AIX LES BAINS	Savoie
PAGES MARIE-PAULE	CHAMBERY	Savoie
VIGNOULLE DANIELE	CHAMBERY-LE-HAUT	Savoie
BUISSON MARIE-CHRISTINE	AIX LES BAINS	Savoie
ROTTEE JOELLE	MONTMELIAN	Savoie
FOURNIER JEAN-PIERRE	ANNECY LE VIEUX	Haute-Savoie
VACELET DIDIER	BONNEVILLE	Haute-Savoie
CARTIER ANNE-MARIE	GAILLARD	Haute-Savoie
CHARLETY CUNGI M	RUMILLY	Haute-Savoie
JACQUIER FRANCOISE	SALLANCHES	Haute-Savoie
TRARIEUX DANIELLE	THONON LES BAINS	Haute-Savoie
ESCOFFIER JEAN-PIERRE	ANNECY	Haute-Savoie
BERGER ANNIE	ANNECY	Haute-Savoie
JEUDY-CAMUS ANNE-MARIE	ANNECY	Haute-Savoie
BONNEFOI ANOUCH	ANNECY	Haute-Savoie
ARNAUD DORA	RUMILLY	Haute-Savoie
VAKSMANN SERGE	CHAMONIX MONT BLANC	Haute-Savoie
MOLLEREAU FRANCOISE	EVIAN LES BAINS	Haute-Savoie
SAINTE CRICQ MANUELLA	SALLANCHES	Haute-Savoie

**LISTE DES MEDECINS LIBERAUX AYANT PARTICIPE  
AUX GROUPES DE PAROLE**

**Gynécologues**

Nom - Prénom	Ville	Département
BOUDOUSQUIE-BILIS NADINE	GRENOBLE	Isère
EMERY LAURE	SASSENAGE	Isère
GUILLORY SYLVIE	GRENOBLE	Isère
HACQUES PABION CATHERINE	ECHIROLLES	Isère
OPOIX ELISABETH	ECHIROLLES	Isère
PERIQUET DOMINIQUE-MARIE	GRENOBLE	Isère
PERRIAUX FRANCOISE	GRENOBLE	Isère
BERGER ANNIE	ANNECY	Haute-Savoie
BONNEFOI ANNOUCH	ANNECY	Haute-Savoie
JEUDY-CAMUS ANNE-MARIE	ANNECY	Haute-Savoie
THIERRY BERNADETTE	ANNECY	Haute-Savoie
VACELET DIDIER	BONNEVILLE	Haute-Savoie

**Généralistes**

Nom - Prénom	Ville	Département
BILOCQ Bernard	SATILLIEU	Ardèche
CLEMENT Bénédicte	FELINES	Ardèche
CLEMENT Michel	PEAUGRES	Ardèche
DE MONTGOLFIER Edouard	QUINTENAS	Ardèche
GORRIAS Didier	ANNONAY	Ardèche
KOUOTZE Isabelle	PEAUGRES	Ardèche
MANTE Patrick	DAVEZIEUX	Ardèche
MORET François	SAINT MARCEL LES ANNONAY	Ardèche
SMATI Abdelhamin	ANNONAY	Ardèche
AZZOPARDI Yves	GRENOBLE	Isère
CAUSSE Jean-René	GRENOBLE	Isère
DELORME Olivier	VIZILLE	Isère
GOURGUE Philippe	GRENOBLE	Isère
CAUSSE Guy	ECHIROLLES	Isère
JACOB Marie-Christine	GRENOBLE	Isère
VIGNAIS Annick	FONTAINE	Isère
DI CARLO Marie-Christine	LYON	Rhône
DORIER Jean-Pierre	LYON	Rhône
GUEZ Charles henry	STE FOY LES LYON	Rhône
PABION Bernard	LYON	Rhône
TROLLIET Colette	LYON	Rhône
COSTE Philippe	LYON	Rhône

