



PRÉFECTURE DE LA RÉGION DE BOURGOGNE

DIRECTION RÉGIONALE
DES AFFAIRES SANITAIRES
ET SOCIALES

Prévention des cancers gynécologiques :

Points de vue des médecins

sur les modalités de dépistage en Bourgogne

Septembre 2004

Prévention des cancers gynécologiques :

Points de vue des médecins

sur les modalités de dépistage en Bourgogne

Réalisation

Amandine WEBER, chargée d'études

Bernadette LÉMERY, directrice

Isabelle MILLOT, médecin épidémiologiste chargée d'études

Benoît NAVILLON, informaticien

Christine FIET, secrétaire

Remerciements

À Mesdames et Messieurs les Dr BEIS, BIRMAN, CHESNEAU, DANCOURT, MARCHET, RIGAUD, TOUILLON qui ont participé à la formalisation des questions concernant les conditions de réalisation des dépistages des cancers gynécologiques en Bourgogne.

*Étude réalisée avec le soutien financier de la DRASS de Bourgogne
dans le cadre de la déclinaison régionale du Plan cancer*

SOMMAIRE

PREMIÈRE PARTIE : DONNÉES DE CONTEXTE	7
1. ÉLÉMENTS D'ÉPIDÉMIOLOGIE	8
LES CANCERS UTÉRINS	8
LE CANCER DU SEIN	8
2 LES DÉPISTAGES	9
LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS	9
LE CANCER DU SEIN	9
DEUXIÈME PARTIE : MÉTHODOLOGIE D'ENQUÊTES ET CARACTÉRISTIQUES DES MÉDECINS Y AYANT PARTICIPÉ	11
1 MÉTHODOLOGIE	12
ÉCHANTILLONNAGE	12
MÉTHODE DE RECUEIL DES DONNÉES	12
QUESTIONNAIRES	13
ANALYSE STATISTIQUE	13
2 PRÉSENTATION DES MÉDECINS AYANT PARTICIPÉ À L'ENQUÊTE	13
LES GÉNÉRALISTES	13
LES GYNÉCOLOGUES	15
TROISIÈME PARTIE : LES POINTS DE VUE DES MÉDECINS SUR LES DÉPISTAGES	17
1 REPRÉSENTATIONS ET PRATIQUES EN MATIÈRE DE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS	18
RÉALISATION DES FROTIS PAR LES GÉNÉRALISTES	18
DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES GÉNÉRALISTES	21
DIFFICULTÉS DU POINT DE VUE DES GYNÉCOLOGUES	22
OPINIONS SUR LE DÉPISTAGE INDIVIDUEL OU ORGANISÉ	23
FREINS AU DÉPISTAGE DU CANCER DU COL UTÉRIN	24
PROPOSITIONS D' ACTIONS POUR AMÉLIORER L'EFFICACITÉ DU DÉPISTAGE	26
2 REPRÉSENTATIONS ET PRATIQUES EN MATIÈRE DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN	28
LES GÉNÉRALISTES ET LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN	28
OPINIONS SUR LE DÉPISTAGE ORGANISÉ	30
DIFFICULTÉS DANS LE CADRE DU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN	31
INFORMATION SUR LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN	32
FREINS AU DÉPISTAGE PRÉCOCE DU CANCER DU SEIN	32
CONDITIONS POUR AUGMENTER LA PARTICIPATION DES FEMMES AU DÉPISTAGE ORGANISÉ	34
DISCUSSION-PERSPECTIVES	35
1 DES INDICATEURS ÉPIDÉMIOLOGIQUES POSANT QUESTION	35
2 DES CONTRAINTES MÉTHODOLOGIQUES POUR RECUEILLIR L'AVIS DES ACTEURS DU DÉPISTAGE	36
3 LES RÉSULTATS DE L'INTERROGATION : DES POINTS DE VUE DES MÉDECINS AUX PISTES POUR L'ACTION	37

POINTS DE VUE SUR LES MODALITÉS ACTUELLES DE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL UTÉRIN	37
POINTS DE VUE SUR LES MODALITÉS ACTUELLES DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN	38
UNE OPINION PLUTÔT FAVORABLE VIS-À-VIS DES DÉPISTAGES ORGANISÉS	39
DES PISTES POUR AMÉLIORER L'EFFICACITÉ DES DÉPISTAGES	39

ANNEXES	43
----------------	-----------

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	51
------------------------------------	-----------

INTRODUCTION

En France, les cancers gynécologiques sont les cancers féminins les plus fréquents. Le sein représente à lui seul près du tiers des nouveaux cas annuels. L'incidence de ce cancer a fortement progressé au cours des dernières décennies, la mortalité a augmenté plus modérément. Un dépistage plus précoce (découverte de tumeurs de petite taille) et des traitements plus efficaces ont permis d'améliorer son pronostic. Le dépistage par mammographie chez les femmes à partir de 50 ans est la seule méthode dont l'efficacité a été démontrée dans divers pays (diminution de la mortalité). Elle dépend de la qualité technique des examens, de l'organisation et de la définition de la population cible, et d'une forte participation. En 1999, les recommandations de l'Anaes préconisaient un dépistage systématique tous les deux ans chez les femmes de 50 à 69 ans, poursuivi jusqu'à 74 ans pour les femmes qui auront été incluses dans ce programme auparavant. Si le principe de la mammographie n'est que rarement mis en question, par contre il demeure *"des débats autour de la périodicité, du nombre d'incidences radiologiques, du taux de faux positifs, du taux de faux négatifs, du contrôle de qualité, des effets secondaires négatifs et surtout de l'âge de début"*¹.

Le **cancer du col utérin** est nettement **moins fréquent** (un peu plus de 3% des nouveaux cas de cancers féminins) et cause également beaucoup moins de décès, même si les données de mortalité sont délicates à utiliser du fait que sur les certificats de décès il est difficile d'isoler les cancers du col et ceux du corps de l'utérus en général^a. Cependant le cancer du col utérin peut être évité dans la plupart des cas par un dépistage bien fait. Le **test par le frottis cervico-vaginal** existe depuis plusieurs décennies. Un consensus international recommande sa réalisation **tous les trois ans**. En 1990, une conférence de consensus des gynécologues et obstétriciens de langue française confirmait ce rythme optimal "quoique le premier frottis doit être répété un an plus tard avant de passer au rythme triennal". Il y a plus de variabilité sur l'âge de début (entre 18 et 30 ans selon les pays) et l'âge limite supérieur (toutefois au-delà de 60 ans).

Diverses études montrent qu'une proportion de femmes minoritaire mais non négligeable ne participe pas aux dépistages, individuel ou organisé, des cancers du sein et du col de l'utérus. D'après le Baromètre santé 2000 de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), 9 femmes sur 10 ayant entre 50-69 ans ont bénéficié d'une mammographie au cours de leur vie, mais seulement 55% depuis moins de deux ans (45% pour les 65-69 ans et 30% pour les 70-74 ans). Concernant le cancer du col de l'utérus, 85% ont eu un frottis au cours de leur vie, 75% en ont bénéficié dans les trois dernières années (66% pour les 60-64 ans).

Après une phase qualifiée d'expérimentation dans une trentaine de départements promue par l'Assurance maladie, la **généralisation du dépistage organisé du cancer du sein** a été décidée lors du premier Programme national de lutte contre le cancer en 2000. Un accord a été conclu entre la CNAM et la Fédération nationale des radiologues, en 2001, prévoyant la prise en charge par l'Assurance maladie d'une mammographie tous les deux ans pour les femmes âgées de 50 à 74 ans sur tout le territoire français. Des comités régionaux de suivi des dépistages des cancers ont été alors mis en place pour faciliter cette généralisation. En 2003, le nouveau plan cancer a réaffirmé la volonté de l'organisation généralisée du dépistage, avec un objectif de 80%

^a Les **cancers de l'utérus** regroupent deux localisations principales, le col et le corps, bien distinctes en termes d'histoire naturelle, d'âge de survenue, de facteurs de risque et de pronostic.

de participation des femmes d'ici à la fin du plan (2007). S'agissant du cancer du col de l'utérus, le dépistage organisé est plus rare et sa généralisation n'a pas été retenue, mais la nécessité de s'assurer d'une couverture plus efficiente a été réaffirmée.

Au moment du lancement du Plan cancer en Bourgogne, il a paru utile d'examiner dans quelles **conditions** les **dépistages des deux cancers gynécologiques** étaient effectués « localement », en particulier les difficultés et freins perçus par les différents acteurs, afin de proposer des actions susceptibles d'y remédier. L'étude s'inscrit dans la perspective de deux (des 70) objectifs du Plan cancer : renforcer les actions en faveur du dépistage du cancer du col de l'utérus auprès des femmes à risque, et la participation aux dépistages organisés des cancers du sein d'une part et sensibiliser les professionnels au dépistage précoce d'autre part.

L'ORS a proposé deux types d'approches. L'une, qualitative, s'appuie sur les témoignages de femmes rencontrées dans les quatre départements de la Bourgogne. L'autre, quantitative, repose sur l'interrogation de généralistes et de spécialistes en gynécologie et gynéco-obstétrique à propos des dépistages des cancers du col de l'utérus et du sein. En effet, ces professionnels sont impliqués comme prescripteurs ou auteurs des actes de dépistages, et à ce titre ont une certaine connaissance du public-cible.

Ce rapport présente les résultats du recueil d'informations auprès des médecins. On rappellera brièvement au préalable des indicateurs permettant de décrire la situation de la région concernant les cancers du sein et du col de l'utérus et leurs dépistages. On présentera ensuite la méthode utilisée et les médecins interrogés qui ont accepté de répondre, puis les résultats de l'enquête portant sur les pratiques et les représentations des généralistes et des gynécologues vis-à-vis de ces deux dépistages exposés séparément.

PREMIÈRE PARTIE : DONNÉES DE CONTEXTE

1. ÉLÉMENTS D'ÉPIDÉMIOLOGIE

LES CANCERS UTÉRINS^b

En Bourgogne, on estime à **113 le nombre de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus** en 2000. Les cancers utérins (col et corps de l'utérus) représentent un peu plus de 8% de l'ensemble des nouveaux cas de cancers féminins, et occupent la troisième place, par ordre d'incidence décroissante, après ceux du sein et du côlon-rectum. Le taux standardisé d'incidence du col de l'utérus (9,6 pour 100 000 femmes) est significativement supérieur à celui qui est observé dans l'ensemble des régions métropolitaines (8/100 000 femmes). Cependant, comme en France, l'incidence de ce cancer a nettement diminué en Bourgogne au cours des vingt dernières années : le taux standardisé sur la population mondiale est passé de 16 à 9,6 pour 100 000 femmes. Le nombre de nouveaux cas de cancers a diminué de 9% entre 1980 et 2000.

En 2000, **516 séjours hospitaliers en soins de courte durée** de femmes de Bourgogne ont été motivés par des tumeurs malignes de l'utérus (soit 6% des séjours hospitaliers de femmes de la région pour cancers).

Les cancers utérins sont causes de **94 décès annuels** sur la période 1998-2000. Ils représentent 5% des décès par cancer féminin. Un peu moins d'un tiers des décès pour un cancer utérin survient avant 65 ans. Le taux standardisé de mortalité par cancers de l'utérus est de 8,2 décès pour 100 000 femmes de la région en 1998-2000. Après avoir été significativement supérieur à la moyenne nationale dans le milieu de la dernière décennie, il ne s'en distingue plus dans les dernières années. Par contre, on retrouve dans la Nièvre un taux significativement supérieur à la moyenne nationale.

LE CANCER DU SEIN

Le cancer du sein est de loin le cancer le plus fréquent chez la femme en Bourgogne comme en France. Selon le réseau des registres, FRANCIM, on estime à **1 186 le nombre de nouveaux cas de cancer du sein dans la région en 2000** (34% de l'ensemble des nouveaux cas de cancers féminins). Comme dans l'ensemble des régions françaises, l'incidence a fortement augmenté entre 1980 et 2000 en Bourgogne : le nombre de nouveaux cas a presque doublé, et le taux standardisé sur la population mondiale est passé de 53,3 à 85,6/ 100 000 femmes (+60%). Toutefois, sur l'ensemble de la période ce taux est resté un peu inférieur à la moyenne nationale (88,9/100 000 en 2000).

En 2000, plus de **1 800 séjours hospitaliers en soins de courte durée** de femmes de Bourgogne ont été motivés par un cancer du sein, ce qui représente 22% des séjours de femmes de la région motivés par un cancer. Ils concernent principalement (sept fois sur dix) des femmes de 45 à 74 ans.

Sur la période 1998-2000, le cancer du sein a été la cause de **343 décès annuels** de femmes de la région, représentant 18,6% des décès féminins par cancer. Il constitue la première cause de décès par cancer chez les femmes, devant le cancer colo-rectal. Plus d'un tiers des décès par cancer du sein (120) survient **avant 65 ans**. La mortalité par cancer du sein en Bourgogne ne

^b La présentation des données sur les cancers utérins pose un problème méthodologique particulier du fait d'une certification imprécise des décès, en France comme dans la plupart des pays européens. Sur la période 1998-2000, dans la région Bourgogne, pour 48% des décès par cancer de l'utérus il est mentionné «tumeur de l'utérus, partie non précisée». De même, dans la source PMSI, on trouve parmi les motifs de séjours hospitaliers l'ensemble «tumeurs malignes de l'utérus».

diffère pas de celle que l'on observe au niveau national. Elle a peu varié au cours de la dernière décennie. Cependant, à l'intérieur de la région, la mortalité par cancer du sein observée dans la Nièvre est significativement supérieure à la moyenne nationale, et ceci depuis plusieurs années.

2 LES DÉPISTAGES

LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Selon une étude nationale sur les données de l'Assurance maladie relatives au dépistage du cancer du col de l'utérus ², un peu plus de 139 000 frottis ont été effectués en 2000 pour des femmes de 20-69 ans en Bourgogne. Si on rapporte ce nombre à la population de ces tranches d'âge-là, cela correspond à un taux « d'activité » de 27,6% femmes, très légèrement supérieur à la moyenne métropolitaine (27%). Le recours au frottis varie selon l'âge : il est maximal entre 30 et 39 ans (près de 33%) et diminue nettement après 54 ans.

Parallèlement à l'étude que nous présentons dans ce rapport, l'Observatoire régional de la santé de Bourgogne a interrogé 1 100 Bourguignons sur leurs représentations de santé, connaissances, attitudes et comportements concernant les facteurs de risque de cancer et la réalisation de tests de dépistage³. Parmi les femmes de 18 à 75 ans interrogées par téléphone, 87% ont déclaré avoir eu un frottis au cours de leur vie, et 63% dans les trois dernières années. Les chiffres moyens lissent des situations hétérogènes, en particulier en fonction de l'âge. Les femmes de 25 à 54 ans présentent des taux de dépistage selon le rythme recommandé élevé (79 à 90%). À partir de 55 ans (ce qui correspond à la période post-ménopausique), la proportion de femmes régulièrement suivies baisse nettement (54% entre 55 et 59 ans, et 46% pour les 60-64 ans), période de la vie où le dépistage devrait être réalisé avec les mêmes critères et donc la même fréquence que pour des femmes plus jeunes. Ces résultats concernent pourtant des femmes sans doute attentives à leur santé (biais de sélection de l'enquête).

LE CANCER DU SEIN

En 2004, le programme de dépistage organisé est développé dans les quatre départements de la région. Ceux de la Nièvre et de la Saône-et-Loire ont débuté plus tôt (respectivement en 1997 et 1998), les deux autres ont été effectivement mis en place fin 2003.

Lors d'un bilan établi en 2001⁴ en vue de l'extension du dépistage en Bourgogne, on avait dénombré un peu plus de 29 100 actes en Z41 (correspondant à des mammographies) pour les femmes du régime général de 50-74 ans de la région, ce qui, rapporté à la population féminine protégée par ce régime, représente un taux d'activité de 19%. Ce taux diminue avec l'âge (15% chez les 65-69 ans et 11% pour les 70-74 ans). Il était un peu supérieur dans les deux départements alors non pourvus en programme organisé. Par ailleurs, en 2000, le taux de participation (nombre de mammographies réalisées rapporté à la population invitée) aux dépistages organisés s'élevait à 25% dans la Nièvre et à 34% en Saône-et-Loire.

En 2004, l'Union régionale des caisses d'assurance maladie a établi un nouveau dénombrement des mammographies de dépistage, incluant cette fois ci celles effectuées à titre individuel et celles relevant du programme organisé, en Bourgogne pour l'année 2003. Le taux moyen de recours, rapporté à l'ensemble de la population féminine de 50-74 ans est de 22,7%, avec des variations de 20% en Côte d'Or et dans l'Yonne à 26,5% en Saône-et-Loire. Ce décompte reste approximatif : il

surestime les mammographies de dépistage proprement dites, car les mammographies de diagnostic ne sont pas isolables et il les sous-estime dans le même temps, car celles qui sont effectuées dans les établissements de santé sous budget global ne sont pas comptabilisées.

D'après l'enquête téléphonique réalisée début 2004 en Bourgogne déjà citée, 60% des femmes interrogées ont réalisé au moins une mammographie au cours de leur vie ; ce chiffre atteint 70% pour les 40-49 ans et 94% pour les 50-69 ans. Concernant plus spécifiquement les femmes de 50 à 74 ans, cible actuelle du dépistage organisé, on note, pour ces femmes, un taux de 62,5% de femmes "bien suivies", c'est-à-dire ayant eu leur dernière mammographie depuis moins de deux ans. Si on ne tient compte que des mammographies réalisées dans les deux ans dans un contexte de dépistage (hormis celles faites sur signe d'appel), le pourcentage de femmes de 50 à 69 ans passe de 66% à 53%.

DEUXIÈME PARTIE : MÉTHODOLOGIE D'ENQUÊTES ET CARACTÉRISTIQUES DES MÉDECINS Y AYANT PARTICIPÉ

1 MÉTHODOLOGIE

Deux enquêtes ont été réalisées, entre mars et mai 2004, l'une auprès des généralistes libéraux, l'autre auprès des gynécologues médicaux et obstétricaux.

ÉCHANTILLONNAGE

Les généralistes libéraux

L'échantillon des généralistes interrogés a été constitué à partir du fichier des médecins libéraux mis à disposition par l'Union régionale des caisses d'assurance maladie.

Afin d'obtenir une représentation suffisante des médecins exerçant en dehors des grandes villes d'une part et de femmes d'autre part, un tirage au sort à deux degrés (prenant en compte le sexe et la taille de la commune d'exercice) a été réalisé.

Au total, 1 045 généralistes ont été tirés au sort (ce qui représente les deux tiers de la base de sondage).

Pour simplifier le recueil des informations, l'échantillon des généralistes a été interrogé pour la première moitié d'entre eux sur le cancer du sein, pour la seconde sur le cancer de l'utérus (deux échantillons d'environ 520 praticiens).

Au terme de la période de recueil, le **taux de participation global des généralistes est de 33,5%.**

Les gynécologues libéraux et salariés

L'ensemble des médecins gynécologues (138 personnes), libéraux et salariés, ont été interrogés. Le fichier de la Cnam (sur les libéraux) a été complété par celui de la Drass (ADELI) concernant les salariés.

Les gynécologues ont été interrogés sur les deux dépistages.

Suite au premier envoi des documents d'enquête, la participation ayant été jugée insuffisante, une relance a été effectuée auprès de l'ensemble de ces spécialistes (l'anonymat ne permettant de pas de sélectionner ceux qui avaient déjà répondu). À la suite de ce deuxième envoi, le **taux de réponse des gynécologues atteint 37%.**

MÉTHODE DE RECUEIL DES DONNÉES

Compte tenu de l'objectif d'obtenir un taux de participation satisfaisant et par ailleurs des contraintes d'exercice des généralistes libéraux, le mode d'interrogation retenu pour cette enquête est celui de l'auto-questionnaire (un recto-verso) standard, adressé par voie postale.

Pour finaliser la méthodologie d'enquête et les outils de collecte des données, l'ORS a sollicité des professionnels concernés par les dépistages dans la région :

- deux généralistes (l'un exerçant en Côte d'Or et l'autre en Saône et Loire),
- un représentant des médecins libéraux, gynécologue,
- les médecins responsables des quatre centres de gestion des dépistages bourguignons.

QUESTIONNAIRES

Les questionnaires des généralistes étaient structurés autour de leur pratique vis-à-vis des deux dépistages, leur opinion sur l'information des femmes et leur propre information à ce sujet, l'organisation de chacun des dépistages, les freins d'après eux, dans leur département, pour un bon usage des ces dépistages. Quelques caractéristiques les décrivant leur étaient enfin demandées.

Les questionnaires adressés aux gynécologues portaient sur leur point de vue concernant l'information des femmes, les freins au bon usage des dépistages, l'organisation et les difficultés rencontrées dans leur département. Ils étaient aussi invités à suggérer des actions susceptibles d'améliorer les conditions de dépistages des deux cancers. Pour finir, on leur demandait quelques caractéristiques décrivant leurs conditions d'exercice.

ANALYSE STATISTIQUE

Les questionnaires ont été exploités puis analysés à l'aide du logiciel Epi-Info version 6.2.

La comparaison des attitudes et pratiques, parmi les généralistes et au sein des gynécologues, a été réalisée par les techniques de l'analyse statistique. Des tests du Chi2 ont été utilisés pour comparer les variables qualitatives, vérifier la significativité des écarts.

2 PRÉSENTATION DES MÉDECINS AYANT PARTICIPÉ À L'ENQUÊTE

LES GÉNÉRALISTES

Caractéristiques démographiques des répondants

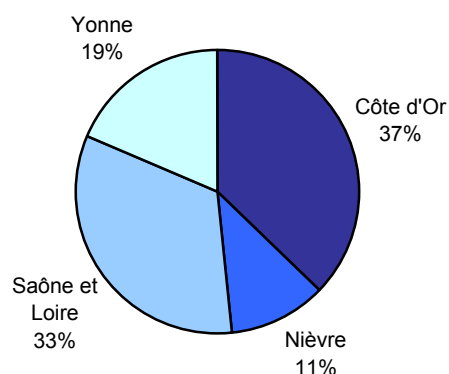
Au total **351 généralistes libéraux** ont retourné leur questionnaire rempli, dont 252 hommes (72%) et 99 femmes (28%). La participation des femmes médecins apparaît supérieure (38% contre 32%), mais la différence n'est pas statistiquement significative.

T 1 Les généralistes participant à l'enquête, selon le thème d'interrogation

	interrogés répondants		(%)
Cancer du sein	524	159	30,3
Cancer du col de l'utérus	523	192	36,7
Ensemble	1 047	351	33,5

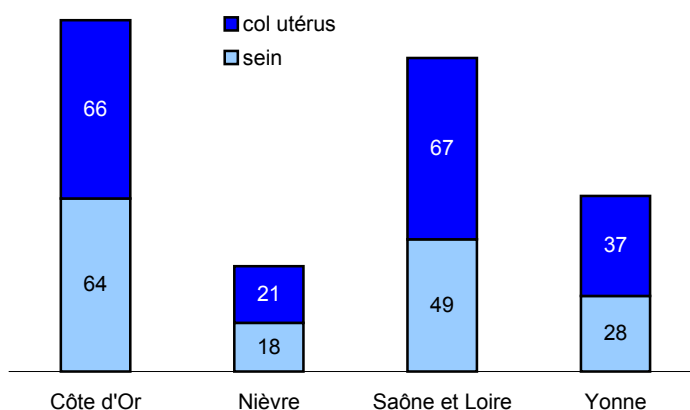
La répartition départementale des généralistes ayant répondu aux enquêtes est analogue à celle observée dans le fichier initial des généralistes exerçant à titre libéral (fichier URCAM).

G 1 Les généralistes participant à l'enquête selon le département d'exercice



Mais les généralistes interrogés sur le cancer du col de l'utérus ont été un peu plus nombreux que les autres à répondre, et ceci quel que soit le département d'exercice.

G 2 Les généralistes participant à l'enquête selon le département* d'exercice et le thème d'interrogation



* Dans un cas, l'origine du département est inconnue (il s'agit d'un médecin sollicité sur le cancer du col de l'utérus)

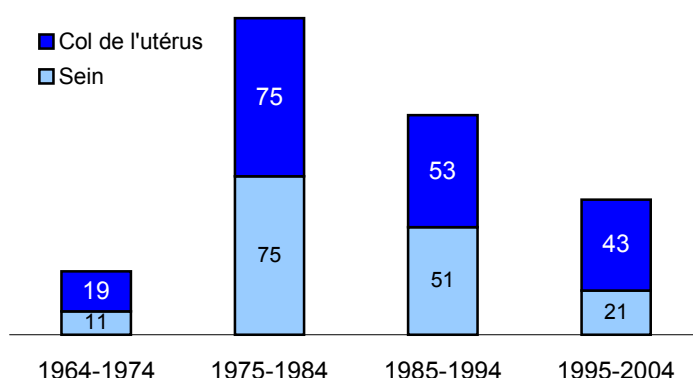
Les généralistes installés dans une commune comprenant 2 000 à 30 000 habitants représentent 40% des praticiens qui ont répondu à l'enquête.

T 2 Répartition des généralistes interrogés et ceux qui répond, en fonction de la taille de la commune et du département d'exercice du médecin (en %)

	Côte d'Or		Nièvre		Saône et Loire		Yonne		Bourgogne	
	interrogés	répondants	interrogés	répondants	interrogés	répondants	interrogés	répondants	interrogés	répondants
< 2 000 habitants	24,3	27,7	30,6	30,8	29,0	29,3	36,7	32,2	29,2	29,3
De 2 000 à 30 000 habitants	43,7	40,0	43,1	35,9	47,2	47,4	45,0	40,0	45,0	42,2
> 30 000 habitants	32,0	32,3	26,4	33,3	23,8	23,3	18,2	27,8	25,8	28,5
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Les deux échantillons de généralistes qui ont répondu sur le dépistage du cancer du col de l'utérus et sur celui du cancer du sein ont une répartition analogue en fonction de l'ancienneté de la pratique médicale : ce sont les généralistes installés entre 1975 et 1984 qui ont été, en proportion, les plus nombreux à répondre à l'enquête. Si on compare la structure des répondants selon l'ancienneté d'exercice avec celle des généralistes exerçant en Bourgogne, selon les éléments disponibles (année d'inscription à l'Ordre des médecins dans le fichier ADELI de la DRASS), les médecins installés entre 1985 et 1994 semblent avoir moins participé à l'enquête.

G 3 Répartition des généralistes participants en fonction de la date de leur installation et du thème d'interrogation



Points de vue des répondants sur la prévention

Dans plus de 9 cas sur 10, les généralistes participants à l'enquête sont d'accord pour dire que la prévention doit relever de leurs missions. Il n'y pas de différence de réponse en fonction du cancer sur lequel a porté l'interrogation.

La plupart des généralistes qui ont participé à l'enquête déclarent consigner des informations relatives à la prévention et au dépistage des cancers dans les dossiers des patients adultes. Toutefois, la dernière mammographie et la présence d'antécédents familiaux de cancer sont plus souvent mentionnées que le dernier frottis.

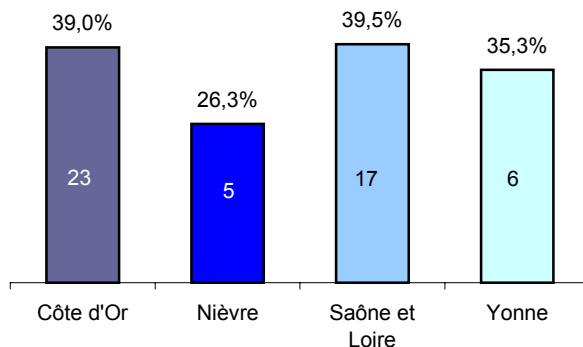
LES GYNÉCOLOGUES

Parmi les 138 gynécologues et obstétriciens exerçant à titre libéral ou salarié interrogés, 51 ont renvoyé un questionnaire rempli (soit 37% de la population enquêtée).

La part des gynécologues femmes ayant participé à l'enquête est significativement plus élevée (55% alors qu'elles représentent 42% de médecins interrogés).

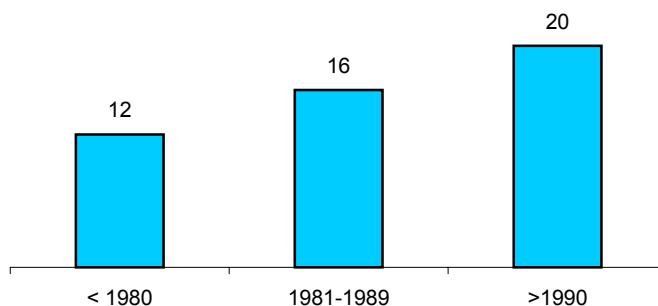
La répartition des gynécologues ayant répondu à l'enquête selon le département d'exercice est conforme à celle des gynécologues exerçant dans la région, à titre libéral ou salarié.

G 4 Participation à l'enquête selon leur département d'exercice



Le taux de participation des gynécologues installées dans les années 80 est nettement plus faible qu'attendu (33% des répondants alors qu'ils représentent la moitié des spécialistes installés). Celui des praticiens installés depuis 1990 est au contraire plus important (42% des répondants, 27% des médecins installés) ⁵.

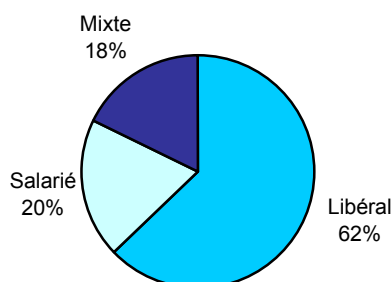
G 5 Les gynécologues participants selon la date de leur installation*



* 3 non réponses

Les gynécologues médicaux et obstétriciens exercent plus souvent en libéral (69% en 2003). De plus le taux de participation des médecins libéraux à l'enquête est plus élevé que celui de leurs confrères exclusivement salariés : ils représentent 80% des répondants (69% des gynécologues installés au 01/01/2003 dans le fichier Adeli de la DRASS⁶).

G 6 Les gynécologues participants selon le mode d'exercice



TROISIÈME PARTIE : LES POINTS DE VUE DES MÉDECINS SUR LES DÉPISTAGES

1 REPRÉSENTATIONS ET PRATIQUES EN MATIÈRE DE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

RÉALISATION DES FROTTIS PAR LES GÉNÉRALISTES

Une pratique très fréquente pour ceux qui ont répondu à l'enquête

La dernière patiente^c

Près des **trois quarts des généralistes ayant répondu à l'enquête** ont déclaré **avoir effectué un frottis** de dépistage pour leur dernière patiente âgée entre 25 et 65 ans et suivie régulièrement (sans signes particuliers de cancer du col de l'utérus).

Les femmes généralistes qui ont répondu ont significativement^d plus souvent effectué le frottis de dépistage que leurs confrères hommes (87,5% des femmes et 68,8% des hommes le pratiquent).

T.3 La pratique du frottis de dépistage selon le sexe du médecin

	Homme		Femme		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
oui	99	68,8	42	87,5*	141	73,4
non	45	31,2*	6	12,5	51	26,6
Ensemble	144	100	48	100	192	100

** significativement différent de la moyenne au seuil de 5%*

La part des généralistes répondants n'ayant pas réalisé récemment un frottis de dépistage à leur dernière patiente âgée de 25 à 65 ans est significativement plus importante en Côte d'Or et dans la Nièvre (les taux sont respectivement de 31,8% et 47,6% contre 26,6%, en moyenne).

T4 La pratique du frottis de dépistage selon le département d'exercice du médecin

	Côte d'Or		Nièvre		Saône et Loire		Yonne		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
oui	45	68,2	11	52,4	56	83,6*	28	75,7*	141	73,4
non	21	31,8*	10	47,6*	11	16,4	9	24,3	51	26,6
Ensemble	66	100	21	100	67	100	37	100	192	100

** significativement différent de la moyenne au seuil de 5%*

^c Afin de disposer d'informations récentes et d'éviter le recueil d'information trop générale sur leur pratique, nous avons demandé aux généralistes quelle était leur pratique de dépistage pour leur dernière patiente âgée entre 25 et 65 ans, suivie régulièrement depuis au moins trois ans et sans risque particulier (individuel ou familial), "population cible" du dépistage. Le médecin mis en situation décrit plus aisément sa pratique quotidienne.

^d Le test statistique du Chi², appliqué dans cette exploitation, permet de vérifier s'il existe une relation entre deux variables avec un risque d'erreur fixé à 5%. Dans la suite de ce rapport, lorsque la significativité est retrouvée, elle est précisée dans l'analyse et par des * dans les tableaux croisés.

Les généralistes qui ont répondu avoir effectué le frottis (pour la dernière patiente concernée) se trouvent plus souvent dans les petites communes et celles de taille moyenne, et significativement moins souvent dans les communes de plus de 30 000 habitants.

**T5 Réalisation du frottis de dépistage par les généralistes,
selon la taille de la commune d'exercice**

	Moins de 2 000 habitants		De 2 000 à 30 000 habitants		Plus de 30 000 habitants		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
oui	37	77,1*	71	81,6*	33	57,9	141	73,4
non	11	22,9	16	18,4	24	42,1*	51	26,6
Ensemble	48	100	87	100	57	57,9	192	100

** significativement différent de la moyenne au seuil de 5%*

On ne constate pas de différence de pratique de frottis selon l'année d'installation des médecins qui ont répondu.

La **consultation pour motif gynécologique** apparaît comme le contexte principal de réalisation du frottis de dépistage. Plus qu'un contexte, le motif gynécologique apparaît comme la condition de réalisation du frottis de dépistage. Parmi les généralistes ayant réalisé un frottis, plus des trois quarts l'ont fait lors d'une consultation pour motif gynécologique (105, soit 77%), les autres lors d'un bilan général de santé (29, soit 21%), très exceptionnellement (2) dans un autre contexte ("renouvellement de l'ordonnance", "la patiente a été convoquée par mes soins").

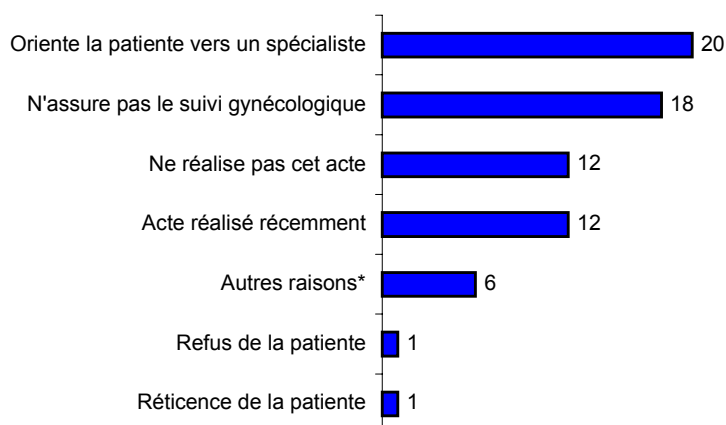
Dans **80%** des cas, les **médecins** mentionnent l'avoir effectué à **leur initiative**, dans 20% des cas sur demande des patientes.

La Côte d'Or est le département où la demande de la patiente est le plus souvent mentionnée comme étant à l'origine du frottis (31% contre 20% en moyenne). Tous les généralistes de la Nièvre qui ont répondu ont déclaré l'avoir fait à leur propre initiative.

Dans un **quart des cas**, les **généralistes** qui ont répondu **n'ont pas réalisé de frottis** à leur dernière patiente concernée par le dépistage du cancer du col utérin. Les **motifs** les plus souvent mentionnés sont qu'il ne réalisent pas cet examen, orientant vers un spécialiste pour le faire, et n'assurent pas de suivi gynécologique. Le refus ou la réticence des patientes sont rarement des motifs de non réalisation du frottis.

G 7 Les motifs de la non réalisation du frottis pour la dernière patiente concernée

(Plusieurs réponses possibles)



* "Je n'ai pas pensé, aujourd'hui", "la patiente est suivie habituellement par le gynécologue", "la patiente a subi une hystérectomie totale", "elle ne me l'a pas demandé (pas de contraception)", "mode d'exercice particulier".

La pratique habituelle

À la question sur la **pratique la plus fréquente** en matière de dépistage du cancer du col utérin, les trois quarts réalisent eux-mêmes le frottis, un quart des généralistes répondent qu'ils orientent la patiente vers un spécialiste (3 médecins n'ayant pas répondu à la question étant retirés de l'analyse).

Les généralistes enquêtés orientent significativement plus fréquemment les femmes vers un spécialiste dans les grandes agglomérations de plus de 30 000 habitants, et à l'inverse réalisent plus souvent les frottis lorsque les communes où ils se trouvent sont de tailles plus réduites. Ce résultat reflète la répartition de l'offre de soins de spécialistes : en effet, c'est dans les grands pôles urbains que l'on retrouve le plus de spécialistes, ce qui expliquerait que les généralistes des grandes villes soient plus souvent enclins à orienter leurs patientes vers un spécialiste.

T 6 La pratique la plus fréquente de dépistage selon la taille de la commune

	Moins de 2 000 habitants		De 2 000 à 30 000 habitants		Plus de 30 000 habitants		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Vous orientez la patiente vers un spécialiste	8	16,7	14	16,1	24	44,4*	46	24,3
Vous réalisez vous-même le frottis de dépistage	40	83,3*	73	83,9*	30	55,6	143	75,7
Ensemble	48	100	87	100	54	100	189	100

* significativement différent de la moyenne au seuil de 5%

La part des généralistes orientant le plus souvent leurs patientes vers un spécialiste est plus importante en Côte d'Or et dans la Nièvre (respectivement de 27% et 33% contre 24%, en moyenne). Ce sont aussi les deux départements où la réalisation de frottis pour la dernière patiente concernée est la moins fréquente.

Les praticiens hommes semblent davantage orienter leurs patientes vers le spécialiste (27,5%) que les femmes (15%), mais la différence n'est pas statistiquement significative.

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES GÉNÉRALISTES

Trois généralistes interrogés sur le dépistage du cancer du col de l'utérus **sur dix** déclarent rencontrer des difficultés dans leur pratique quotidienne vis-à-vis du frottis.

Les **généralistes hommes** indiquent significativement plus souvent (33%) que les femmes (17%) qu'ils rencontrent des difficultés pour prescrire ou réaliser un frottis.

T 7 Les difficultés de prescription ou de réalisation du frottis selon le sexe du médecin

	Homme		Femme		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
oui	48	33,3*	8	16,7	56	29,2
non	96	66,7	40	83,3*	136	70,8
Ensemble	144	100	48	100	192	100

* significativement différent de la moyenne au seuil de 5%

Logiquement, les généralistes qui orientent le plus fréquemment vers un spécialiste sont aussi plus souvent ceux qui déclarent rencontrer des difficultés dans leur pratique vis-à-vis du dépistage.

T 8 Les difficultés de prescription ou de réalisation du frottis selon la pratique du généraliste en matière de frottis^e

	Oriente la patiente vers un spécialiste		Réalise le frottis		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
oui	21	45,7*	35	24,5	56	29,6
non	25	54,3	108	75,5*	133	70,4
Ensemble	46	100	143	100	189	100

* significativement différent de la moyenne au seuil de 5%

Les difficultés que les généralistes déclarent rencontrer dans la réalisation ou dans la prescription du frottis de dépistage peuvent être regroupées en deux catégories : celles qui tiennent aux patientes, celles qui tiennent aux conditions d'exercice des praticiens.

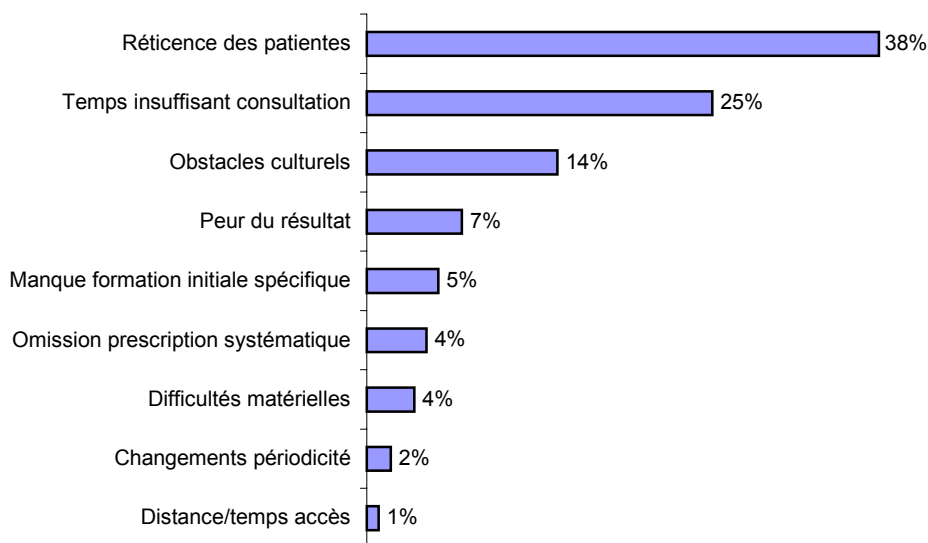
Les **difficultés provenant des patientes** sont **un peu plus fréquentes (6/10)** : la réticence face à l'examen (38%) vient en tête. Les obstacles "culturels", explicitement associés à la religion, mais aussi au fait que le médecin est un homme et, sur un autre plan, la méconnaissance des acteurs et des recommandations du dépistage viennent en second (17%), suivis, en moindre proportion, par la peur du résultat (7%).

Dans **quatre cas sur dix** les difficultés tiennent à la **pratique médicale**, essentiellement, le temps insuffisant dans une consultation habituelle pour amener la patiente à réaliser le frottis (26%). Les autres types de difficultés d'ordre professionnel, moins fréquemment avancées (au plus 5%), sont le manque de formation initiale spécifique à cet examen, l'omission d'une prescription systématique pour la population cible, des problèmes de matériel pour effectuer le frottis, les changements dans les recommandations en matière de périodicité.

G 8 Types de difficultés rencontrées par les généralistes

^e L'échantillon sur lequel repose cette partie de l'étude est composé de 189 médecins (les 3 médecins n'ayant pas répondu à la question portant sur la pratique en terme de dépistage du cancer du col de l'utérus, ont été retirés de l'analyse).

pour la prescription ou la réalisation du frottis (en %)
(plusieurs réponses possibles)



DIFFICULTÉS DU POINT DE VUE DES GYNÉCOLOGUES

Une large majorité des gynécologues qui ont répondu déclarent rencontrer des difficultés dans leur pratique quotidienne vis-à-vis du frottis (6/10).

Les plus récemment installés, entre 1990 et 2004 mentionnent significativement plus souvent des difficultés (79%).

La première difficulté rencontrée par les gynécologues vis-à-vis du dépistage du cancer du col utérin est le recours insuffisant et/ou irrégulier des femmes au soin gynécologique (4/10). Par ailleurs, certains mettent l'accent sur des comportements contrastés : certaines femmes ne consultent pas assez le gynécologue, d'autres le consultent plus souvent que la moyenne. Voici à titre d'exemples des observations telles que mentionnées par les gynécologues :

- *"je n'ai aucune difficulté à partir du moment où la patiente vient consulter",*
- *"certaines femmes ne se font pas examiner. Elles trouvent cela choquant et inutile",*
- *"les consultations trop espacées",*
- *"ce sont toujours les mêmes qui sont dépistées",*
- *"patientes à risques non dépistées et patientes sans risques bénéficiant d'un frottis tous les 6 mois",*
- *"la fréquence des frottis est mal calculée : trop fréquente chez certaines et pas assez chez d'autres",*
- *"le dépistage devrait être obligatoire il doit concerner 100% de la population sinon on perd son temps",*
- *"non adhésion des femmes",*
- *"aucune (difficulté) en dehors de la non motivation individuelle : seule une obligation permettra d'améliorer la surveillance".*

Les autres difficultés, moins fréquemment mentionnées, sont le manque de gynécologues (2/10), puis le coût de l'examen (dépassements d'honoraires pour les analyses, non remboursement de la technique "recherche HPV en phase liquide"), la périodicité du frottis (changement dans les

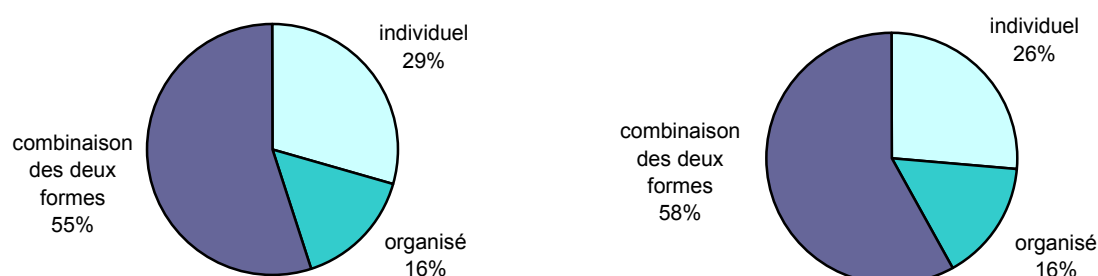
recommandations, délai de 3 ans jugé trop long par le médecin, demande des patientes d'un frottis annuel).

OPINIONS SUR LE DÉPISTAGE INDIVIDUEL OU ORGANISÉ

Le comité régional de suivi des dépistages des cancers en Bourgogne n'a pas jugé utile de mettre en place un dépistage organisé du cancer du col utérin en Bourgogne, tout en souhaitant améliorer l'efficacité du dépistage « individuel ». Dans ce contexte, il a paru intéressant d'interroger les praticiens sur leur opinion par rapport à l'une ou l'autre de ces modalités de dépistage.

Plus de la moitié des généralistes interrogés sur le dépistage du cancer du col de l'utérus (6/10) serait favorable à une **combinaison des dépistages individuel et organisé**. Il en va de même pour les gynécologues. Le dépistage individuel, tel que pratiqué actuellement, n'est estimé préférable que pour moins de trois médecins sur dix. La forme exclusivement "organisée" est la moins souvent citée (16% des répondants).

G 9 Préférence des généralistes et des gynécologues
Vis-à-vis du mode organisé ou individuel du dépistage du col utérin



Les généralistes n'ayant pas réalisé de frottis de dépistage à leur dernière patiente mentionnent plus souvent une préférence pour la mise en place d'un dépistage organisé (26% contre 15% en moyenne)^f.

T 9 Préférence des généralistes en terme d'organisation du dépistage du cancer du col utérin**

	A réalisé le frottis récemment		N'a pas réalisé le frottis récemment		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Maintenir le dépistage individuel	35	25,4	14	28	49	26,1
Mettre en place le dépistage organisé	16	11,6	13	26*	29	15,4
Combiner les deux formes de dépistages	87	63*	23	46	110	58,5
Ensemble	138	100	50	100	188	100

* significativement différent de la moyenne au seuil de 5%

** 188 médecins ont répondu à cette question

^f L'échantillon sur lequel repose cette partie de l'étude est constitué de la base des médecins ayant manifesté leur opinion (188 médecins) ; les personnes n'ayant pas répondu ont été retirées de l'échantillon.

FREINS AU DÉPISTAGE DU CANCER DU COL UTÉRIN

Quatre fois sur dix, les généralistes qui ont répondu sur le dépistage du cancer du col utérin ont indiqué l'existence de freins à ce sujet.

Globalement, pour les deux types de médecins, les freins les plus souvent cités tiennent aux patientes (réserve vis-à-vis de l'examen, défaut de suivi gynécologique, d'information) mais aussi aux conditions d'exercice des médecins.

G 10 Types de freins au dépistage du cancer du col de l'utérus selon les généralistes et les gynécologues (nombre de citations)

(plusieurs réponses possibles)



Les freins psychologiques sont le **plus fréquemment mentionnés** par les médecins qui ont répondu à l'enquête. Il s'agit de l'ensemble des attitudes de retrait des femmes devant l'examen (gêne) et de ses conséquences (peur du résultat).

On trouve ainsi évoqués par les médecins généralistes comme par les spécialistes : *"la réticence", "la pudeur", "l'anxiété vis-à-vis de l'acte", "la crainte", "la peur de la découverte d'une anomalie", "l'appréhension de l'examen gynécologique", "le fait de devoir se déshabiller et s'exposer", "la peur et la politique de l'autruche"...*

Le « **recours insuffisant aux soins** » est le **deuxième frein** par ordre de fréquence signalé par les praticiens. Il rassemble les réponses portant sur le rapport que les femmes entretiennent avec leur santé et avec les soins (non consultation ou consultation irrégulière quel qu'en soit le motif).

Les généralistes évoquent alors plutôt : *"la négligence", "l'accès aux soins : ce ne sont pas les populations à risque qui ont des frottis", "une frange de la population ne se soumet pas aux examens gynécologiques : les femmes qui ne suivent pas de contraception et les femmes ménopausées", "absence de motivation chez une femme en couple avec le même partenaire et*

sans traitement anticonceptionnel"... Les gynécologues insistent : "On ne peut se substituer aux patientes dans leur démarche de soin", "50% des femmes non suivies"...

Sous les termes de **pratique médicale** on a regroupé les modalités d'exercice limitant la réalisation et/ou la prescription du frottis : le manque de temps, le rôle du généraliste et sa place dans le suivi gynécologique, le contexte de la consultation, la cotation de l'acte, et, pour les gynécologues, le manque de spécialistes. Ces éléments viennent en **troisième position** dans l'ordre de citation des freins au dépistage.

Pour les généralistes, *"il faudrait prévoir une consultation uniquement pour le frottis", "surcharge professionnelle", "l'oubli des médecins généralistes", "manque de formation à la prévention lors des études médicales", "la non pratique des médecins du frottis d'où la nécessité de réformer la nomenclature", et "le sentiment d'un acte réservé aux spécialistes", "le manque de coordination avec la gynécologie", ou encore "l'appréhension de la consultation gynécologique (expéditif, pas très accueillant, alors que l'examen gynécologique demande un certain tact)". Les gynécologues insistent plutôt sur : "le manque de gynécologues en ville", "l'absence de convocation", "le délai d'attente pour aller chez un spécialiste", "l'oubli des dates de contrôle", mais aussi "le manque de temps des médecins généralistes pour la prévention", "le manque d'implication des médecins généralistes", "l'envoi au spécialiste toujours tardif".*

Les freins tenant à l'information, au quatrième rang, recouvrent le manque d'informations (des jeunes, de celles qui ne prennent pas de contraception orale) ou l'information erronée sur les modalités du dépistage (risques de cancer, méthode, buts du dépistage) des femmes, mais aussi la mauvaise circulation de l'information entre les patientes, leur entourage et les médecins.

Les généralistes évoquent ici : *"la méthode et le but du dépistage mal connus", "la méconnaissance des risques", "la méconnaissance", "l'insuffisance de l'information", "l'ignorance des femmes", "la sexualité précoce non annoncée et le manque de communication entre les générations", "la mauvaise information", "le manque d'information des médecins généralistes", "celui des patientes qui ne prennent pas la contraception orale". Les gynécologues mettent l'accent sur le manque d'information et insistent sur la méconnaissance des facteurs de risques du cancer du col de l'utérus : *"lésion moins connue que le cancer du sein, méconnaissance du rôle du Frottis cervico-vaginal", "population peu informée et peu sensibilisée par des campagnes de dépistage", "on en parle moins que pour le cancer du sein", "chez les jeunes, il y a une ignorance des risques"...**

Interrogés spécifiquement par ailleurs sur le sujet, un tiers des généralistes et la moitié des gynécologues ont estimé que leurs patientes ne sont pas bien informées sur le mode de détection du cancer du col utérin.

Les freins socio-culturels (attitudes et croyances liées à l'appartenance à un milieu culturel, socio-économique, à une génération) sont moins fréquemment énoncés par les praticiens.

Les généralistes notent : *"la croyance que tant qu'on n'a pas de trouble, on ne risque rien", "la croyance qu'après la ménopause, on n'a plus de risque", "la réticence des patientes par rapport au médecin homme", "il s'agit là d'une culture personnelle en ce qui concerne les patientes. Lorsque j'ai commencé à exercer, il s'agissait d'un geste que ne pratiquaient que très peu de mes anciens confrères ? Cela a nécessité localement un travail pédagogique mieux reçu par la population jeune, plus que celles d'une certaine maturité ; d'autre part, elles n'éprouvent aucun attrait pour ce soin", "problème culturel : examen uniquement par une femme", "les femmes préfèrent voir une femme ou un spécialiste", "réticence pour l'examen gynécologique (quand médecin homme)", "monde judéo-chrétien, tabou", "frein éducatif : image du médecin confident et acteur de soin primaire". Les gynécologues évoquent plutôt la représentation de la maladie (nécessitant un signe d'appel, touchant les femmes âgées...) : *"pas de symptôme", "pas de signe d'appel", "les femmes pensent**

que le cancer ne touche que les femmes âgées", (elles pensent) "j'ai une vie saine", "cela n'arrive qu'aux autres". Ils mentionnent parfois les conditions de vie difficiles : "ce sont les femmes les plus à risque (milieu socio-économique défavorisé) qui se font le moins dépister", "précarité, mentalité".

D'autres freins sont **encore plus rarement évoqués** : **organisationnels** (difficultés de coordination entre les généralistes et les gynécologues, délais d'attente d'une consultation de gynécologue, critiques des recommandations sur la fréquence des frottis), **techniques** (doute sur la sensibilité et la spécificité du test, inconvénients matériels), **économiques** (coût de l'analyse des résultats pour les patientes du fait de l'insuffisance du remboursement, mais aussi nécessité de mieux rémunérer le frottis, acte spécifique).

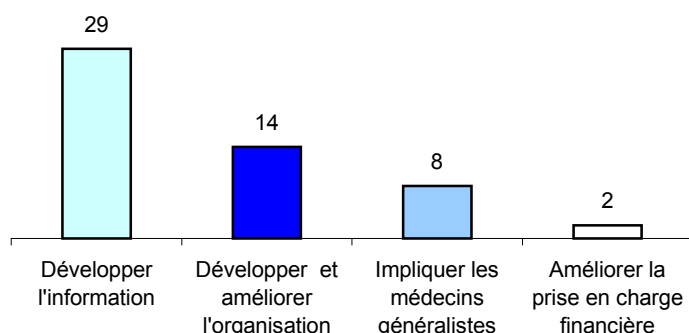
L'absence ou l'irrégularité du suivi gynécologique sont plus souvent soulignées par les généralistes femmes. Les contraintes de la pratique médicale (manque de temps, contexte de la consultation, rôle du généraliste) sont plus fréquemment mises en avant par leurs confrères hommes.

PROPOSITIONS D' ACTIONS POUR AMÉLIORER L'EFFICACITÉ DU DÉPISTAGE

Les gynécologues ont été plus explicitement invités à énoncer des actions pour améliorer l'efficacité du dépistage du cancer du col utérin.

* Le développement de l'**information** est l'action la plus fréquemment citée (55% des propositions émises).

G 11 Types d'action pour améliorer l'efficacité du dépistage du cancer du col de l'utérus, selon les gynécologues (nombre de citations)



Les propositions pour l'amélioration et/ou le développement de l'information portent sur :

- la forme (support papier, télévisé, lieux de transmission de l'information),
- le contenu (facteurs de risques du cancer du col de l'utérus, mode de dépistage),
- l'implication des acteurs émetteurs (généralistes, gynécologues, la médecine du travail, les enseignants, par exemple) et des acteurs récepteurs de l'information (les jeunes, les femmes, les 20-70 ans, ...).

Les médecins suggèrent de renforcer l'**information grand public et** dans des **lieux spécifiques** fréquentés par les femmes à des titres divers (salles d'attente des cabinets de consultation, planning familial, centres de sécurité sociale, CAF, médecine du travail, ANPE...). Il s'agit de diffuser l'information (sur les facteurs de risque, en particulier le papillomavirus, sur l'absence de symptômes) par tous les moyens disponibles (convocation, sensibilisation, campagne de prévention, enseignement en établissement scolaire, structures d'information sur tous les cancers).

* La deuxième piste d'actions (un quart des réponses) a trait aux **modalités de mise en œuvre du dépistage** : périodicité plus fréquente de dépistage, dépistage, à des âges plus précoces, invitation systématique, "de manière plus coercitive", incitation à consulter le gynécologue, organisation d'une traçabilité des frottis en mettant en place une sorte de registre, amélioration de la gestion des frottis anormaux, association avec le test HPV. On constate que pour certains gynécologues l'amélioration du dépistage passerait par la mise en place d'un dispositif organisé (dispositif permettant l'accès des femmes au dépistage, une meilleure qualité du prélèvement et du suivi).

Une **plus grande implication des généralistes** dans le dépistage du cancer du col de l'utérus (par la formation, l'information, une meilleure rémunération du frottis) constitue le troisième type de mesures proposées par les gynécologues (15% des réponses). Il s'agit de faire du dépistage une **action coordonnée entre plusieurs acteurs**, où le rôle du médecin généraliste (comme prescripteur et/ou réalisateur de l'acte) est reconnu par les gynécologues.

L'amélioration de la prise en charge financière du dépistage (remboursement du test HPV en particulier) n'est mentionnée que deux fois.

2 REPRÉSENTATIONS ET PRATIQUES EN MATIÈRE DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

LES GÉNÉRALISTES ET LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

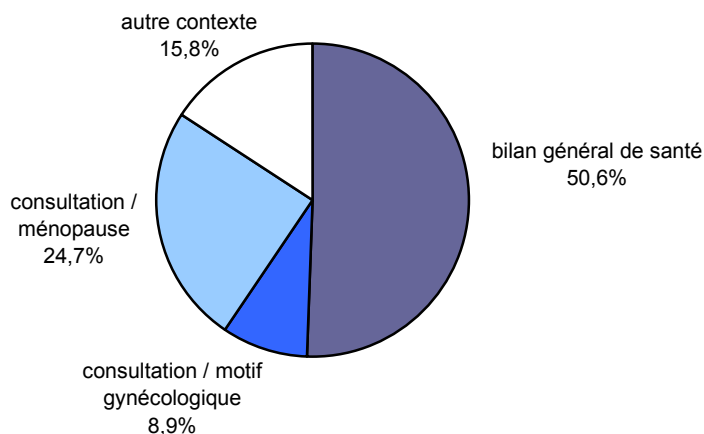
La dernière patiente^g

Dans 9 cas sur 10, les 159 généralistes ayant répondu à l'enquête avaient prescrit une mammographie de dépistage à leur dernière patiente âgée de 50 à 74 ans suivie régulièrement.

Il n'y a pas de différence selon le sexe du généraliste pour la prescription de la mammographie aux patientes concernées. Celle-ci ne varie pas non plus de manière significative selon le département d'exercice du médecin, la taille de la commune d'exercice, l'année d'installation ni selon les représentations de leur rôle de prévention. Par ailleurs, les 13 généralistes n'ayant pas réalisé de mammographie dernièrement à leur patiente partagent tous l'idée que la prévention doit relever de leur mission.

Un **bilan général de santé** conduit le plus fréquemment les généralistes à proposer à leur patiente le dépistage du cancer du sein (51%). Contrairement au dépistage du cancer du col de l'utérus, c'est moins le contexte strictement gynécologique que celui plus large des bilans de santé, dont la fréquence s'accroît avec l'âge, et la prise en charge de la ménopause, qui induisent une prescription de mammographie de dépistage. D'autres contextes non spécifiques sont moins fréquents, bien que leur part ne soit pas négligeable (15%). Les motifs sous-jacents sont variés : renouvellement de traitement sans autre précision, surveillance du diabète, infection ORL, troubles digestifs, suivi d'une pathologie clinique.

G 12 Le contexte de réalisation de la dernière mammographie (en %)*



* pour les 146 généralistes ayant déclaré avoir prescrit une mammographie de dépistage à la dernière patiente concernée

g Afin de disposer d'une information récente et d'éviter le recueil d'information trop générale sur leur pratique, nous avons demandé aux généralistes quelle était leur pratique de dépistage pour leur dernière patiente âgée entre 50 et 74 ans, sans risque particulier vis-à-vis du cancer (individuel ou familial) et suivie régulièrement depuis au moins deux ans. En effet, les femmes ayant les caractéristiques citées constituent la "population" cible du dépistage du cancer du sein. Le médecin est mis en situation et répond par rapport à sa pratique quotidienne de dépistage pour ce cancer. Contrairement au questionnement sur le col de l'utérus, ici la pratique de dépistage est uniquement la prescription de l'examen (et non la réalisation).

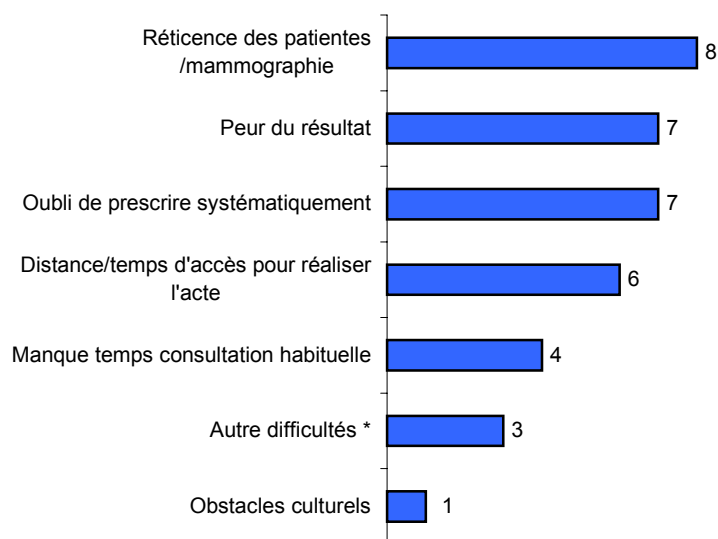
Dans 88% des cas, la mammographie est prescrite sur l'initiative du médecin. Il n'y a pas de différence significative selon les caractéristiques (démographiques ou géographiques) des médecins. La demande de la patiente pour la prescription de la mammographie est cependant plus souvent mentionnée par les généralistes exerçant dans les communes de moins de 30 000 habitants (respectivement 14% et 16%) que dans les plus grandes (3%).

Difficultés de prescription de la mammographie

Une minorité de généralistes déclarent rencontrer des difficultés dans la prescription de la mammographie (12% des répondants sur ce thème).

Lorsque les généralistes déclarent éprouver certaines difficultés (plusieurs réponses possibles : 36 au total) dans la prescription de la mammographie de dépistage, on trouve, dans des proportions voisines, la réticence des patientes, la peur du résultat, l'omission de la part du médecin de prescrire systématiquement à la population cible, la distance (temps pour accéder) au cabinet de radiologie susceptible de réaliser la mammographie.

G 13 Types de difficultés rencontrées par les généralistes pour la prescription de la mammographie de dépistage (effectifs)



** coût de l'examen (dont l'absence de remboursement des moyens de locomotion pour se déplacer vers le radiologue), questionnaire sur la qualité de l'examen*

Tout comme pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, aucun généraliste ne signale de difficulté associée au suivi des résultats du dépistage du cancer du sein.

OPINIONS SUR LE DÉPISTAGE ORGANISÉ

Opinion très positive des généralistes sur la généralisation du dépistage organisé

Les généralistes ont été interrogés sur ce qu'ils pensaient des mesures prises dans le cadre du dépistage organisé. Au total (138 réponses^h), 85% des opinions émises sont positives, 15% ont un caractère négatif.

Lorsque les généralistes développent des **opinions favorables** (certains déclarant simplement qu'il s'agit de "bonnes mesures"), les motifs de satisfaction vis-à-vis du dépistage organisé sont :

- son caractère **systématique**, incitatif et **mobilisateur**,
- le **ciblage** de la population (pour les femmes moins suivies),
- la **qualité** qu'il permet,
- et enfin la bonne **information** qui a circulé sur ce dépistage.

Lorsque l'**opinion est moins favorable**, les remarques portent sur :

- l'**insuffisance de l'information** de la campagne de dépistage (manque de clarté, caractère «confidentiel» pour certains, absence d'information sur les résultats positifs du dépistage),
- le fait que ce sont les femmes les **mieux informées** qui continuent de **bénéficier du dispositif**,
- la **concomitance** avec la mammographie sur **initiative individuelle**,
- la **remise en cause des critères** de la population et du mode de dépistage (l'âge des patientes que les médecins souhaiteraient plus précoce pour la plupart),
- la **non prise en compte du rôle de médecin traitant** (pas encore formé, pas payé pour la prévention, pas coordonné avec les gynécologues) dans le dépistage organisé.

Quelques généralistes estiment que les mesures de dépistage sont inutiles sans autre précision.

Certains généralistes font des propositions afin d'améliorer la communication («toutes directions et tous supports»), l'organisation (inviter et relancer par courrier, référence au modèle d'invitation au dépistage du cancer côlon-rectum) de la démarche.

Opinion majoritairement positive des gynécologues sur la généralisation du dépistage organisé

La même question relative à l'opinion vis-à-vis de la généralisation du dépistage organisé du cancer du sein a été posée aux gynécologues. Tous ont répondu : 33 réponses sont positives (6/10) et 24 ont un caractère négatif (4/10). Les modalités de réponse à cette question ouverte sont variées.

Comme les généralistes, certains gynécologues déclarent que ce sont de "bonnes", voire "très bonnes" mesures sans expliciter pourquoi (1/3). Lorsque les gynécologues développent des opinions favorables sur le dépistage organisé, ils mentionnent surtout son **efficacité pour pallier le manque de suivi gynécologique** (associé au déficit de gynécologues, aux obstacles socioculturels).

^h Une minorité ne se prononce pas, du fait du caractère trop récent de l'extension du dépistage dans les départements de la Côte d'Or et de l'Yonne.

Lorsque l'opinion est **moins favorable**, les remarques portent sur :

- le **manque d'information** (grand public) de **coordination et de communication** entre les acteurs concernés par le dépistage (le délai trop long du retour des comptes rendus au gynécologue, le gynécologue tenu à l'écart de l'orientation vers la biopsie),
- l'absence de **ciblage de la population** (ce sont celles qu'on voyait dans le cadre du dépistage individuel qui continuent de bénéficier du nouveau dispositif),
- les **critères de définition de la population cible** (âge jugé trop tardif),
- et enfin sur la **lourdeur** et le **coût du dispositif** (délai du retour des résultats à la patiente, trop de moyens pour peu de résultats, «il est faux de dire que l'examen est gratuit»).

DIFFICULTÉS DANS LE CADRE DU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN

Des difficultés pour 4 généralistes sur 10

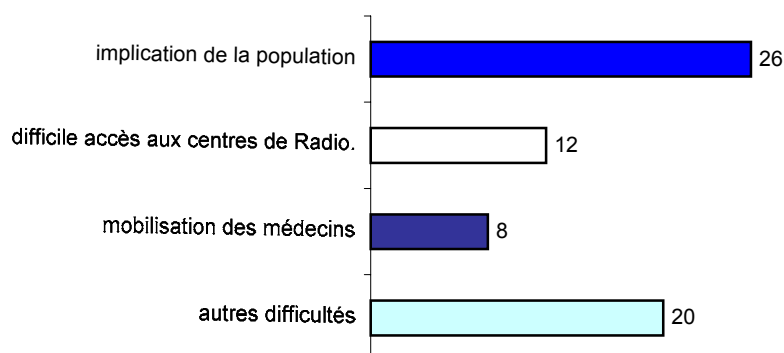
La majorité (99 sur 159 répondants, soit 62%) des généralistes déclarent ne pas rencontrer de difficulté(s) dans le contexte du dépistage organisé.

Pour les autres généralistes, les difficultés d'impliquer la population sont d'abord citées (26 fois).

L'accès aux centres de radiologie (12), la mobilisation des médecins (8) sont moins fréquemment mentionnés.

Parmi les « autres difficultés » (20 fois) détaillées par les médecins, on trouve : le manque de coordination entre les acteurs (mauvaise circulation de l'information, l'insuffisance de l'information des femmes, de la transmission de l'information entre celles-ci et les médecins), le suivi des femmes par plusieurs médecins, les délais pour la double lecture.

G 14 Difficultés dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein dans leur département selon les généralistes
(plusieurs réponses possibles)



Des difficultés pour 1 gynécologue sur 2

Cinq gynécologues déclarent ne pas pouvoir encore se positionner parce que le dépistage, dans leur département est encore récent (il s'agit de gynécologues exerçant en Côte d'Or et dans l'Yonne).

Parmi ceux qui ont répondu, un gynécologue sur deux déclare rencontrer au moins une difficulté (53% des réponses).

Lorsqu'ils mettent en évidence des difficultés du dépistage organisé du cancer du sein, les gynécologues les relient à la coordination des acteurs (délais d'attente des résultats trop long, transmission "aléatoire", mauvaise information des professionnels), ainsi qu'à la pratique des généralistes et des radiologues (non réception des compte-rendus, lenteur de la mise en route, « prescription anarchique des mammographies », débordement des radiologues). Certains déplorent leur mise à l'écart dans ce dépistage. La distance géographique aux radiologues agréés ainsi que les difficultés techniques (qualité) sont également mentionnées.

INFORMATION SUR LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Un généraliste sur sept (15%) pense que les femmes ne sont pas bien informées sur les possibilités de dépistage du cancer du sein (contre un sur trois pour le cancer du col de l'utérus).

Pour leur part, les généralistes s'estiment plutôt bien informés (90%) sur le programme de dépistage. Les généralistes déclarant ne pas être suffisamment informés exercent davantage en Côte d'Or (17,2% contre 9,6%).

Un gynécologue sur cinq pense que les femmes ne sont pas suffisamment informées sur le dépistage du cancer du sein (contre un sur deux pour le cancer du col de l'utérus). Les gynécologues exerçant dans l'Yonne (1/3) et en Côte d'Or (3/10) sont plus souvent de cet avis. Aucun des 5 gynécologues interrogés dans la Nièvre ne partage cet avis.

Le déficit d'informations des femmes, selon les gynécologues, porte sur les modalités (lieux) et l'utilité du dépistage (ce qu'est le cancer du sein, l'absence de symptômes, l'âge), ainsi que ses limites.

FREINS AU DÉPISTAGE PRÉCOCE DU CANCER DU SEIN

La formulation des questions posées aux généralistes et aux gynécologues n'était pas tout à fait semblable. Trois généralistes sur dix ont mentionné l'existence de frein(s) au dépistage précoce de ce cancer (48 sur 159), tandis que huit gynécologues sur dix (43/51) en ont cité un ou plusieurs.

Les freins les plus fréquemment cités sont ceux d'ordre psychologique (cités 43 fois sur 116), le suivi gynécologique défaillant (34), et dans une moindre mesure, le défaut d'information (17).

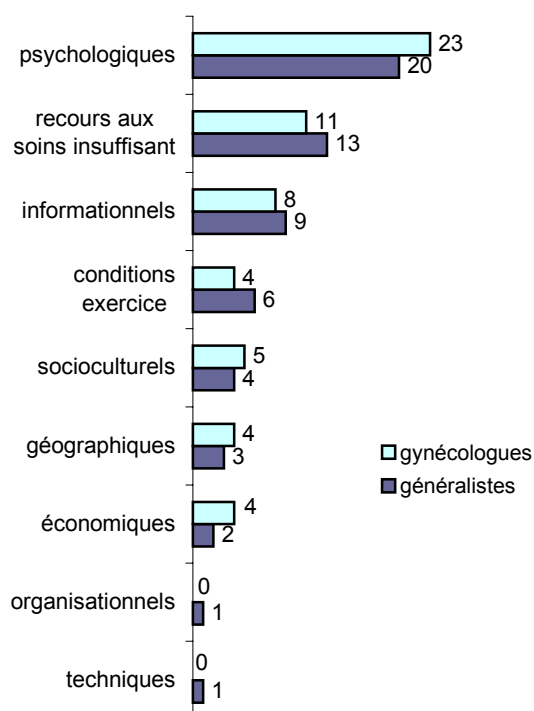
Comme pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, **les freins psychologiques** sont les **plus souvent cités**. Ils recouvrent à la fois la crainte de l'examen lui-même et celle du résultat.

Par rapport à l'examen, la crainte de la douleur est plus souvent mentionnée pour la mammographie (la gêne est plus souvent citée pour la réalisation du frottis). La peur du résultat, évoquée pour les deux types de cancers étudiés, est davantage mise en avant (que la douleur de l'examen) par les gynécologues : ils évoquent « *la politique de l'autruche* ».

Le suivi gynécologique insuffisant, disparate (par négligence, «laxisme», refus), est mentionné en **deuxième position**, aussi bien par les généralistes que par les gynécologues, qui parfois soulignent l'absence de suivi par un spécialiste qualifié.

Les freins informationnels, en **troisième position**, tiennent, selon les deux catégories de praticiens interrogés, à la fois au manque d'information et à l'information erronée des femmes vis-à-vis du dépistage (tranches d'âge concernées, possibilités de traitements de ce cancer). Les généralistes soulignent aussi la mauvaise circulation de l'information entre les patientes, leur entourage et les médecins.

G 15 Types de freins au dépistage précoce du cancer du sein, selon les généralistes et les gynécologues (nombre de citations)
(Plusieurs réponses possibles)



Les autres types de freins sont peu fréquemment mentionnés.

Les freins liés à la pratique médicale (10 réponses au total) sont, pour les généralistes, l'oubli de prescrire systématiquement à la population cible et le manque de temps dans les consultations. Les gynécologues évoquent plutôt le manque d'information des généralistes, le manque d'incitation de ces derniers.

Les freins socioculturels (9 réponses) regroupent un ensemble diversifié de facteurs : relations entre les patients et les médecins, éducation... Les freins cités par les deux types de médecins interrogés sont similaires et concernent le rapport à la santé, à la maladie, et aussi les aspects générationnels (*"ce sont surtout les femmes d'un certain âge qui ne se font pas dépister"*).

Les freins géographiques, cités (7 fois) par les généralistes comme par les gynécologues, sont spécifiques au dépistage du cancer du sein, du fait de la concentration des cabinets de radiologie dans les villes de taille moyenne ou grande. Les médecins mentionnent ainsi : l'isolement du monde rural, l'éloignement des centres de radiographie (qualifiés) et le coût du transport qu'ils impliquent.

Les freins **économiques ou financiers** sont aussi soulignés spécifiquement (6 fois).

Le **poids relatif** des différents types de **freins** varie selon certaines **caractéristiques des généralistes**.

Les freins psychologiques (réticences, peur de l'examen et du résultat) sont davantage mis en évidence par les médecins femmes que par leurs confrères hommes.

Le défaut de suivi gynécologique est plus spécifiquement déclaré par les généralistes exerçant dans les plus petites communes (moins de 2 000 habitants).

Ceux des communes de tailles moyennes (de 2 000 à 30 000 habitants) mentionnent relativement plus souvent les manques en matière d'information.

CONDITIONS POUR AUGMENTER LA PARTICIPATION DES FEMMES AU DÉPISTAGE ORGANISÉ

Dans le questionnaire envoyé aux gynécologues, il leur était demandé : *"Les dispositifs départementaux du dépistage organisé du sein viennent d'être mis en place en Côte d'Or et dans l'Yonne suivant ceux qui existent dans la Nièvre et dans la Saône et Loire depuis plusieurs années. Selon vous, quelles conditions doit-on réunir pour obtenir que 60% des femmes invitées au dépistage participent ?"*

Pour les 31 gynécologues qui ont répondu à cette question (6/10), l'amélioration de la participation des femmes au dépistage organisé passe par une politique incitative auprès des femmes, une plus grande implication des généralistes dans ce dépistage, le développement de l'information à ce sujet et la réduction des coûts pour les femmes.

La **politique incitative** consisterait à aller à la rencontre des femmes sur différents lieux stratégiques de rencontre (le travail, le domicile), mettre en place un dépistage organisé de proximité, radiologie "ambulatoire" (mammobile), convoquer plutôt que proposer et rappeler en cas d'absence.

L'information auprès du public doit être large (média grand public très prisés), à la fois « faire peur » mais aussi valoriser l'efficacité (gains en termes de traitements moins invasifs), la qualité de l'examen (formation des personnels de radiologie, surveillance des matériels, double lecture).

Une plus grande **implication des généralistes** ("pour stimuler les femmes récalcitrantes à tout examen") permettrait de compenser le suivi gynécologique insuffisant.

Enfin, la **réduction du coût** pour qu'un plus grand nombre de femmes puissent être dépistées concerne autant l'acte lui-même que le transport vers le radiologue.

DISCUSSION-PERSPECTIVES

1 DES INDICATEURS POSANT QUESTION

On a rappelé en préliminaires quelques indicateurs épidémiologiques actuellement disponibles sur les cancers du sein et du col de l'utérus en Bourgogne.

On retiendra essentiellement qu'en 2000 l'incidence du **cancer du sein** dans la région (1 186 nouveaux cas, soit 85,6 pour 100 000 femmes) n'est pas différente de celle estimée au niveau national. Il en va de même pour la mortalité (343 décès annuels en 1998-2000), sauf dans la Nièvre où le taux standardisé est supérieur, et ceci depuis de nombreuses années. L'écart avec les autres départements laisse supposer un délai plus tardif pour intervenir, un retard au diagnostic.

S'agissant du **cancer du col de l'utérus**, il est plus délicat d'utiliser les données, concernant des populations plus restreintes. Le taux d'incidence du col de l'utérus en Bourgogne apparaît toutefois supérieur à la moyenne nationale (9,6 contre 8 pour 100 000). Par ailleurs, on retrouve une surmortalité par cancers de l'utérus dans la Nièvre, mais une partie des décès est attribuable au cancer du corps de l'utérus, au mode étiologique et facteurs de risque différents du cancer du col. Il n'empêche qu'un diagnostic tardif, que ce soit pour l'une ou pour l'autre de ces localisations, peut, là encore être en jeu dans l'écart constaté en terme de mortalité.

Les **recours aux dépistages** sont **diversement et insuffisamment mesurés**.

Selon les trois principales Caisses d'assurance maladie, le taux de recours à la mammographie entre 50 et 74 ans (nombre d'examens rapporté au nombre de femmes de la tranche d'âge considérée) est de 22,7% en 2003, cet indicateur de consommation étant cependant approximatif (surestimant et sous-estimant à la fois les seuls actes de dépistage). Selon la même source, le nombre de frottis cervico-vaginaux rapporté à celui des femmes de 20-65 ans était de 27% en 2000. On ne peut extrapoler ces éléments en multipliant par 2 pour le premier (une mammographie tous les deux ans) et par 3 pour le second (un frottis tous les trois ans) pour obtenir le taux de participation des femmes aux dépistages, du fait de la prise en compte simultanée dans ces données d'examens de diagnostic et de dépistage et de pratiques hétérogènes des médecins et des femmes par rapport aux rythmes recommandésⁱ.

Selon l'enquête téléphonique sur les connaissances et comportements vis-à-vis des facteurs de risque et des dépistages des cancers réalisée début 2004 auprès des Bourguignons, huit femmes de 20-54 ans sur dix, mais une sur deux entre 55 et 64 ans, ont bénéficié d'un frottis dans les trois dernières années. Par ailleurs, un peu plus de la moitié des femmes de 50-69 ans ont eu une mammographie au cours des deux dernières années dans un contexte vraisemblable de dépistage (hormis celles faites sur signe d'appel), la probabilité d'être dépistée « correctement » diminuant là aussi avec l'âge.

ⁱ Pour mieux connaître les conditions de réalisation du dépistage du cancer du col utérin, nous avons souhaité obtenir la répartition des femmes ayant eu un frottis au cours des trois dernières années selon l'âge et la domiciliation (rural/urbain), données dont disposent les anatomo-pathologistes de la région. Sur le principe, la collaboration de l'association de ces spécialistes au sein du CRISAP semblait possible, mais des difficultés organisationnelles n'ont pas permis d'intégrer les résultats dans ce rapport.

Bien que les éléments chiffrés soient partiels, et doivent être considérés avec des réserves, ils suggèrent à la fois l'insuffisance et les disparités des pratiques de dépistages des deux cancers du sein et du col utérin dans la région.

L'interrogation des médecins auxquels les femmes s'adressent pour leurs problèmes gynécologiques, omnipraticiens et gynécologues, devait permettre d'éclairer ces constats et de dégager des propositions pour améliorer l'efficacité des dépistages.

2 DES CONTRAINTES MÉTHODOLOGIQUES POUR RECUEILLIR L'AVIS DES ACTEURS DU DÉPISTAGE

◆ Nous avons choisi d'**interroger** les généralistes libéraux d'une part, les gynécologues et gynéco-obstétriciens d'autre part. Nous avons privilégié les professionnels « en première ligne », les plus impliqués dans la prescription (mammographie) et dans la réalisation (frottis) des deux dépistages des cancers gynécologiques. L'étude pouvait ainsi se situer dans la perspective d'une recherche-action : un moyen, parmi d'autres, de (re-)mobiliser les acteurs concernés par le problème.

D'autres médecins pourraient apporter un angle de vue complémentaire : les médecins du travail, et également les généralistes salariés, intervenant dans les centres de planification notamment. Par ailleurs, il serait intéressant de recueillir les points de vue des radiologues, des anatomo-pathologistes afin d'avoir la palette de pratiques et opinions sur les modalités concrètes des dépistages du cancer du sein et du col de l'utérus dans la région et disposer d'une vue d'ensemble, peut-être partiellement « dissonante », des acteurs concernés par le sujet.

◆ S'agissant du **mode de recueil de l'information**, nous avons retenu, pour toucher le maximum de médecins et limiter les coûts, le **questionnaire standard** par voie postale. Des interrogations par téléphone ⁷, ou dans le cadre de groupes de paroles ⁸ permettent une plus grande liberté d'expression, mais sont beaucoup plus coûteuses en temps d'interrogation.

De même pour des raisons à la fois techniques et économiques, nous avons utilisé **deux types de questionnaires** : l'un pour les gynécologues portait sur les deux dépistages, l'autre adressé aux généralistes était scindé en deux, une partie pour chacun des dépistages, une moitié de l'échantillon de médecins étant interrogé sur le dépistage du cancer du sein, l'autre sur celui de cancer du col utérin. Ces interrogations un peu différentes, et pour partie à partir de questions ouvertes, ont sans doute à la fois compliqué et conduit à lisser les points de vue exprimés.

◆ Concernant la population enquêtée, le **taux de participation** est notable pour une enquête par voie postale (respectivement 33,5% et 37%), même s'il a été nécessaire d'effectuer une relance pour les gynécologues.

Il s'avère que la répartition des médecins qui ont répondu ne diffère pas de la base qui a été interrogée, pour certains critères : la localisation géographique (département, taille de la commune) pour les deux types de praticiens et le mode d'exercice (libéral ou salarié) pour les gynécologues.

Par contre, les médecins femmes ont été plus nombreuses que leurs confrères à répondre, la différence étant significative pour les gynécologues (55% des répondants alors qu'elles représentent 42% de ces spécialistes). La forte participation des **médecins femmes** peut être liée au fait qu'elles sont doublement concernées par les dépistages (à la fois acteurs et cibles).

À l'inverse, la participation des praticiens "d'âges moyens", installés entre 1985 et 1994 pour les généralistes, et dans les années 80 pour les gynécologues, a été moindre. Sans doute ces générations de praticiens sont-elles davantage sollicitées dans leur exercice médical, les plus âgés comme les plus jeunes étant alors, pour des motifs différents, plus enclins à participer à des réflexions sur des questions de santé publique.

◆ Mais la caractéristique la plus marquante de l'échantillon des généralistes qui ont répondu sur le thème du cancer du col utérin est le fort taux de réalisation des frottis par ces praticiens (près de 3/4), largement supérieur à celui mis en évidence dans l'enquête du Comité Français d'Éducation pour la Santé (CFES) auprès des généralistes (un peu moins de la moitié des frottis réalisés) en 1998-99⁹. Cependant, comme dans l'enquête nationale, le taux est plus élevé pour les généralistes femmes et ceux qui exercent dans les communes les plus petites. Tandis que, les généralistes enquêtés orientent significativement plus fréquemment les femmes pour réaliser le frottis vers un spécialiste dans les villes de plus de 30 000 habitants, et à l'inverse les réalisent plus souvent eux-mêmes lorsque les communes où ils exercent sont de tailles plus réduites. Ce résultat reflète la répartition inégale de l'offre de soins de spécialistes : les spécialistes étant concentrés dans les grands pôles urbains en Bourgogne comme sur l'ensemble du territoire français.

Le CFES met en évidence pour sa part *"l'influence positive de l'adhésion des médecins à un réseau de soins ou de leur reconnaissance comme médecin référent, en particulier pour la réalisation de frottis (...)".* Les généralistes qui ont répondu à notre interrogation sur les dépistages constituent peut-être *"une population de médecins adhérant à de nouvelles formes de pratiques (...) plus ouverte à des actes de prévention intégrant une démarche de santé publique collective"* (op. cit.).

3 LES RÉSULTATS DE L'INTERROGATION : DES POINTS DE VUE DES MÉDECINS AUX PISTES POUR L'ACTION

POINTS DE VUE SUR LES MODALITÉS ACTUELLES DE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL UTÉRIN

Les **difficultés** les plus fréquemment déclarées par les généralistes pour prescrire ou réaliser le dépistage du cancer du col de l'utérus sont la « réticence » des patientes, des « obstacles culturels », dans une moindre mesure la "peur du résultat". Parmi les éléments de la pratique médicale, moins souvent mentionnés, prédomine le « temps insuffisant d'une consultation ». Selon les gynécologues, c'est principalement le **recours insuffisant et ou irrégulier au soin gynécologique** qui est en cause. Cependant, on l'a vu, la grande majorité des généralistes qui ont répondu sur ce thème ont réalisé eux-mêmes le frottis, et pour la plupart dans le cadre d'une consultation « à motif gynécologique » ou de bilan de santé. Même s'il s'agit peut être de praticiens un peu particuliers (cf. la démarche de santé publique évoquée plus haut), qu'ils ne représentent pas la totalité des omnipraticiens, ils assurent ainsi un certain suivi gynécologique pour une partie des femmes. Il serait utile de mieux (re-) connaître cette activité, savoir dans quelle mesure elle pallie le déficit d'offre de soins de spécialistes, pour quelles femmes (milieu rural ? après la ménopause ?).

Lorsqu'on demande aux praticiens un point de vue plus général sur les **freins** au dépistage précoce – sous-entendu efficace –, on retrouve, autrement exprimées, les difficultés auxquelles ils ont à faire face « au quotidien ». Prédominant alors les freins « psychologiques » (incluant la

crainte de l'examen lui-même, du résultat) pour les généralistes, le recours aux soins insuffisant pour les gynécologues.

Les spécialistes étaient plus explicitement invités à proposer des **actions pour y remédier**. Pour eux, c'est d'abord l'**information** et la sensibilisation (sur les facteurs de risque, sur l'absence de symptômes...) qu'il s'agit de développer, en mobilisant une grande diversité de moyens, pour correspondre aux problématiques des divers âges concernés (début de la vie sexuelle, procréation, ménopause). Cette priorité semble logique car pour un tiers des généralistes et la moitié des gynécologues les femmes ne sont pas correctement informées. D'autres propositions ont trait aux modalités de réalisation du dépistage, dans un sens plus coercitif, ce qui peut surprendre de la part de professionnels majoritairement libéraux. On peut noter dans cette perspective qu'une grande part des médecins, généralistes comme gynécologues, qui ont participé à l'enquête souhaiteraient une certaine « **organisation** » du dépistage du cancer du col de l'utérus, combinée avec l'initiative individuelle. On note enfin que les spécialistes reconnaissent le **rôle des généralistes** qu'ils suggèrent de davantage impliquer dans ce dépistage, en évoquant la nécessité d'une coordination de tous les acteurs dans cette affaire.

POINTS DE VUE SUR LES MODALITÉS ACTUELLES DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

On note d'abord l'**attention** portée par les **généralistes** au **dépistage du cancer du sein** (déclaration du relevé quasi systématique dans le dossier médical, idem pour la prescription de la mammographie pour les dernières patientes concernées). On relève également le cadre des prescriptions pour les patientes des généralistes concernées : dans la plupart des cas, il s'agit de « bilans de santé », « traitement de la ménopause » et autre « motif gynécologique ».

Les difficultés des généralistes vis-à-vis de ce dépistage sont moins fréquemment mentionnées que pour le cancer du col de l'utérus. Il s'agit, il est vrai, « seulement » de prescrire un examen et d'inciter la patiente à s'y rendre. Les difficultés tiennent alors autant aux conditions de la pratique médicale qu'aux patientes réticentes.

Par rapport au **dépistage organisé**, par ailleurs majoritairement apprécié, les **difficultés** sont principalement associées au **manque de coordination**, au déficit d'information entre les acteurs. Les gynécologues craignent d'être mis à l'écart en cas d'investigations complémentaires et de traitements engagés pour leurs patientes. Ces craintes ont été développées par les gynécologues de Rhône-Alpes, au cours d'entretiens de groupes dans l'enquête menée à la demande de l'URML sur le cancer du sein, évoquant « *le côté intrusif d'une telle organisation, la négation qu'elle représente à leurs yeux du rôle accompli par les médecins, la possibilité 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* »⁸.

Parmi les **freins au dépistage précoce** du cancer du sein, les médecins évoquent d'abord la **réticence** des femmes face à l'examen, mais qui recouvre des sentiments différents : la peur de la douleur est évoquée par les généralistes, celle du résultat par les gynécologues. Viennent ensuite le **suivi gynécologique insuffisant** pour les deux types de praticiens et le manque d'informations.

Pour améliorer l'efficacité du dépistage, les gynécologues mettent en avant une politique incitative vis-à-vis des femmes, par la sensibilisation de proximité surtout, par l'implication, là encore, des généralistes (pour pallier le manque de disponibilité des gynécologues).

UNE OPINION PLUTÔT FAVORABLE VIS-À-VIS DES DÉPISTAGES ORGANISÉS

Même si le dépistage **organisé** du cancer du col de l'utérus n'est pas à l'ordre du jour en Bourgogne, on peut relever que les médecins qui ont participé à l'enquête seraient en majorité favorables à une « combinaison » entre l'organisation et l'initiative individuelle, reconnaissant ainsi les limites du dispositif actuel.

On retrouve cette reconnaissance de **l'intérêt d'une organisation concertée** pour le dépistage du cancer du sein puisqu'une large majorité des praticiens en ont une bonne opinion (alors que les programmes débutent seulement en 2004 dans deux des quatre départements de la région).

Parmi les aspects positifs alors avancés, on trouve le caractère systématique (universel ?), mobilisateur (de tous les acteurs ?) du programme, le fait qu'on s'intéresse plus particulièrement à celles qui sont les plus éloignées des soins (discrimination positive ?), la qualité des procédures qu'il induit, l'information qu'il permet de développer.

Pour les détracteurs du dépistage organisé, on trouve évoquées certaines de ces caractéristiques, mais en négatif : une non-discrimination qui profite « toujours aux mêmes », une insuffisance de l'information. Et puis s'ajoutent, une critique des critères d'inclusion (d'âges notamment jugés trop restreints), la mise à l'écart du médecin traitant, la lourdeur du dispositif.

DES PISTES POUR AMÉLIORER L'EFFICACITÉ DES DÉPISTAGES

Les réponses des praticiens qui ont participé à l'enquête permettent de dégager plusieurs axes d'amélioration possible des deux dépistages de cancers gynécologiques.

Développer l'information

Des besoins d'informations sont exprimés à plusieurs reprises, en réponses à diverses questions, concernant les deux dépistages du cancer du col utérin et du sein.

Sur quoi ?

- **L'intérêt et la raison d'être du dépistage.** Il s'agit d'insister sur la possibilité et la nécessité de détecter en l'**absence de symptôme**, mais aussi les **gains en qualité de vie** obtenus en intervenant plus précocement en cas de cancers. On peut se demander si les campagnes actuelles d'information où le discours est plutôt édulcoré, l'image "lissée", ne privent pas les femmes d'une information sur l'amélioration des chances que permet le dépistage. Il s'agit aussi d'informer, pour les praticiens en particulier, sur les **résultats « locaux »** des dépistages (un retour d'information permettant une meilleure co-information, coordination entre les acteurs).
- **Le fait que le dépistage s'adresse à toutes les femmes** des groupes d'âge concernés, même si elles n'utilisent pas de contraception, même après la ménopause. On peut noter ici que selon l'enquête auprès des Bourguignons déjà citée ³ la moitié des femmes qui n'ont pas eu une mammographie dans les deux dernières années et le tiers de celles qui n'ont pas eu de frottis au cours des trois dernières années déclarent qu'elles ne se sentent pas concernées.
- Le bien-fondé des **critères** d'âge et de **rythmes** particuliers à chaque dépistage. Celui-ci doit être explicité (il s'agit d'en convaincre une partie des médecins aussi...).

Pour qui ?

Pour les **femmes**, cibles des dispositifs, mais aussi pour les **professionnels**, acteurs du dépistage.

Comment ?

Pour les femmes, les praticiens qui ont participé à l'enquête suggèrent d'utiliser tous les canaux, en insistant, toutefois, sur des **lieux** (fréquentés au quotidien quelles que soient les situations socioprofessionnelles) **et modalités stratégiques** (relais d'informations diversifiés).

Pour les praticiens, l'information peut être diffusée sous forme de documentation, de réunions locales de formation (si possible pluridisciplinaires, pour de meilleures co-information, coordination, demandées par les praticiens eux-mêmes), d'accès à un site Internet.

Améliorer le suivi gynécologique

Il s'agit de résoudre le problème du suivi gynécologique irrégulier, insuffisant. Il s'agit de répondre à la critique selon laquelle ce sont toujours les mêmes qui suivent les recommandations, celles qui sont déjà suivies régulièrement, celles qui prennent soin d'elles. On notera ici que celui-ci n'est pas évoqué en tant que tel dans l'enquête sur le dépistage du cancer du sein en Rhône-Alpes. Est-ce le caractère rural plus marqué de la Bourgogne qui accentuerait ce déficit ou sa perception ?

Les praticiens évoquent la réticence, les **obstacles « psychologiques » et/ou « culturels »**, qui empêchent la réalisation à bon escient des frottis et des mammographies.

◆ Certaines femmes, plus que d'autres, sont gênées par les examens gynécologiques ou ceux qui nécessitent une certaine nudité (questions d'éducation mais aussi de rapport au corps vieillissant). Elles évitent donc d'être confrontées à cette situation. Pour lever cette difficulté, il faut qu'elles comprennent mieux la pertinence et le déroulement des examens, et que ceux-ci puissent être, dans la mesure du possible, réalisés par des femmes (médecins ou techniciennes de radiologie), la féminisation du corps médical s'avérant ici propice.

◆ Dans une perspective analogue, des femmes peuvent avoir eu de mauvaises expériences, connaissance d'"erreurs médicales" médiatisées, et mettent en question la parole de l'ensemble du monde médical. Pour rétablir la confiance, il faut montrer les dispositions pour améliorer la qualité des procédures et de l'échange d'informations (formation, appareillage, restitution des clichés), dans un langage accessible.

◆ Dans le rapport sur *le dépistage organisé du cancer du sein : forme, acteurs et sens de la communication* du CRAES CRIPS Rhône-Alpes, M-C ZINCK, philosophe et psychothérapeute souligne pour sa part le **caractère violent des actes de dépistage**. « *Il met d'emblée la femme dans une position de méfiance par rapport à son corps. Seul quelqu'un d'extérieur à elle, et qui plus est grâce à une technique froide et mortifère, est susceptible de lui dire une vérité sur son corps...* »¹⁰.

C'est sans doute ce que sous-tend la **peur du résultat**, que l'on retrouve dans d'autres enquêtes sur le sujet. Elle est selon les praticiens plus prégnante pour la mammographie que pour le frottis, ce que confirme l'enquête auprès des Bourguignonnes 2004³ (21,5% des femmes non correctement dépistées pour le cancer du sein contre moins de 5% pour le cancer du col utérin indiquent que c'est par peur du résultat).

Certains généralistes ont souligné par ailleurs, à propos de la technique, la **crainte de la douleur** de la mammographie. Cette appréhension a été aussi évoquée dans l'enquête déjà citée des

médecins libéraux en Rhône-Alpes, incitant à porter attention à l'accueil dans les cabinets de radiologie.

◆ Enfin, concernant l'insuffisance de suivi gynécologique, les médecins évoquent la « **négligence** ». Ce terme peut être entendu dans deux sens. Certains mentionnent explicitement le « **laxisme** » des patientes, mais cela peut signifier aussi que certaines femmes **négligent leur santé** du fait d'autres préoccupations concurrentes aux moments où elles doivent « se soumettre au dépistage » ? L'**attitude des médecins traitants vis-à-vis de la prévention** est déterminante pour les femmes qui voient régulièrement un médecin de famille et ou un gynécologue : « des **recommandations claires** via le médecin de famille ou un autre praticien incitent et favorisent la réalisation de l'examen »¹¹. Quant aux autres, une minorité malgré tout, qui ne voient pas de médecins régulièrement, ce sont des **dispositifs spécifiques** comme les ateliers santé, l'accompagnement par les agents de santé, les PASS, qui peuvent et doivent être mobilisés.

Il faut **développer la communication vis à vis des femmes** qui ne se font pas - ou plus - suivre sur le plan gynécologique, du fait de l'âge ou/et de difficultés socio-économiques. On peut et on doit utiliser divers moyens : envoi d'un courrier systématique, rappels par l'intermédiaire des médecins traitants (documentation pour leur salle d'attente, courrier périodique leur rappelant les populations concernées), campagnes d'information dans les lieux stratégiques (pharmacies, centres sociaux, mais aussi services et commerces concernant plus particulièrement les femmes).

Impliquer effectivement tous les acteurs

◆ Il s'agit d'abord de considérer que les **femmes** sont **actrices** à part entière (l'esprit « rendez-vous santé plus » développé dans la campagne nationale de communication) du dispositif de dépistage, les « considérer autrement » : elles ne doivent « se soumettre » aux dépistages, mais faire réaliser des examens, en connaissant les risques de cancers, les bénéfices potentiels des dépistages mais aussi leurs limites. On peut reprendre ici l'observation (d'I. Zola) dans « Les usagers du système de soins »¹² : « *En référence à la non-compliance, je soutiens qu'une partie des réactions des patients quand ils ne coopèrent pas n'est pas dirigée contre le traitement médical mais contre la façon dont on les traite, n'est pas dirigée contre la façon dont ils considèrent le régime médical prescrit, mais contre la façon dont on les considère eux.* »

Il faut pour cela leur permettre de s'approprier l'information concernant la maladie, les examens de dépistage, les traitements et la prise en charge du cancer. Il faut que les indications soient claires, sans ambiguïtés (sur les conditions matérielles de réalisation des dépistages notamment), adaptées aux divers âges de la vie.

◆ Les généralistes qui ont participé à notre enquête ont montré leur implication au quotidien dans les **démarches de prévention** (prises en compte dans les dossiers des patients, motifs des consultations aux cours desquelles les prescriptions ou réalisations des actes de dépistage ont été effectuées). Les gynécologues répondant à l'enquête ont, de leur côté, reconnu le **rôle du médecin généraliste** dans le dépistage. Il a été suggéré que la reconnaissance de cette activité passe par une rémunération adéquate, d'autant que les généralistes assurent un certain suivi gynécologique dans un contexte de déficit en spécialistes.

◆ Dans le cadre du cahier des charges du dépistage du cancer du sein, l'accent a été mis sur la qualité des matériels d'une part, de la formation d'autre part. On peut étendre cette **démarche qualité à l'ensemble du dispositif** depuis l'information préalable (les « recommandations claires » évoquées plus haut), la réalisation de l'examen en passant par l'accueil dans le cabinet de radiologie, et jusqu'à la restitution des résultats. S'agissant du dépistage du cancer du col de

l'utérus, on retrouve la même nécessité de qualité tout au long de la chaîne. Au niveau de la relation du praticien d'abord : « le médecin traitant peut induire la dynamique relationnelle d'échange mutuel entre le médecin traitant et sa patiente, permettant à celle-ci de participer au processus décisionnel » ; au niveau du geste du frottis, de sa lecture, et, là encore, jusqu'à la restitution des résultats.

En dépit de ses insuffisances et de ses biais méthodologiques (caractère volontaire, voire volontariste de la participation à l'enquête), l'étude apporte des confirmations de constats faits dans d'autres régions mais aussi des éléments particuliers à la Bourgogne.

Les pratiques des dépistages des cancers du sein et du col de l'utérus, sont bien ancrées : la plupart des généralistes consignent les informations dans les dossiers médicaux, ont prescrit et/ou réalisé l'examen pour la dernière femme concernée.

Ceci n'empêche pas la reconnaissance de difficultés « au quotidien », plus fréquentes pour le dépistage du cancer du col utérin que pour le cancer du sein. Les médecins interrogés semblent plutôt favorables à une certaine "organisation" pour y remédier.

Les freins actuels aux recours efficaces aux dépistages dans la région nécessitent pour les lever d'agir sur trois niveaux complémentaires et indissociables : l'information, le suivi gynécologique, la participation effective de tous (professionnels réalisateurs et prescripteurs des actes et populations cibles des dispositifs). Ainsi, *"le dépistage des cancers pourrait donc devenir un champ structurant où tous les acteurs se retrouveraient et s'engageraient afin de mettre en pratique des actes qui restent trop souvent marginaux et peu considérés."*⁹

ANNEXES

Questionnaire sur le dépistage du cancer du sein auprès des généralistes

Questionnaire sur le dépistage du cancer du col de l'utérus auprès des généralistes

Questionnaire sur le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus auprès des gynécologues

Freins au dépistage du cancer du sein

Enquête auprès des médecins généralistes

Concernant votre dernière patiente de 50-74 ans, sans risques particuliers vis-à-vis du cancer (individuel ou familial) et que vous suivez régulièrement depuis au moins 2 ans

Au cours des 2 dernières années avez-vous prescrit à cette patiente une mammographie de dépistage ? Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas ☐

Si oui, • le contexte de la consultation était plutôt celui

- ☐ d'un bilan général de santé
- ☐ d'une consultation pour un motif gynécologique
- ☐ d'une consultation de traitement de la ménopause
- ☐ autre raison :

• cette mammographie faisait suite

- ☐ à la demande de la patiente
- ☐ à votre propre initiative

Si non, pour quelle raison était-ce ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ cet acte a été réalisé récemment
- ☐ la patiente était réticente
- ☐ la patiente a refusé
- ☐ vous n'assurez pas de suivi gynécologique
- ☐ autre raison :

De manière générale, rencontrez-vous des difficultés pour prescrire une mammographie ? Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas ☐

Si oui, quelles difficultés rencontrez-vous dans votre prescription habituelle de mammographie de dépistage ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ pas de temps prévu dans la consultation habituelle
- ☐ le suivi des résultats
- ☐ l'oubli de prescrire systématiquement une mammographie
- ☐ la réticence des patientes de faire la mammographie
- ☐ la peur du résultat
- ☐ la distance / temps d'accès pour réaliser cet acte
- ☐ des obstacles culturels (*précisez*):
- ☐ autre (*précisez*)

De manière générale, pensez-vous que les femmes sont bien informées des possibilités de dépistage du cancer du sein ? Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas ☐

Et vous, personnellement, pensez-vous être suffisamment informé(e) sur les mesures prises dans le cadre du programme de dépistage dans votre département ? Oui ☐ Non ☐

Pensez-vous qu'il existe un ou des frein(s) au dépistage précoce du cancer du sein ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, le ou lesquels ?

.....

S'agissant, maintenant du programme de dépistage organisé

Que pensez-vous des mesures mises en place dans le cadre de la généralisation du dépistage du cancer du sein ?

.....

.....

.....

.....

.....

Quelles difficultés particulières avez-vous constatées dans le dépistage organisé du cancer du sein dans votre département ? *(plusieurs réponses possibles)*

- ☐ l'implication de la population générale
- ☐ la mobilisation des médecins
- ☐ le difficile accès aux centres de radiologie
- ☐ aucune difficulté particulière
- ☐ autres difficultés (*précisez*) :
-
-

Avez-vous des remarques et observations à propos du dépistage du cancer du sein ?

.....

.....

.....

Concernant, votre pratique professionnelle

Dans les dossiers de vos patients adultes, quelles informations sont, en général, consignées ?

- | | |
|--|--|
| ☐ consommation de tabac | ☐ dernière mammographie |
| ☐ consommation d'alcool | ☐ dernier frottis |
| ☐ poids/taille | ☐ dernier hémocult |
| ☐ antécédents familiaux de cancer | ☐ état des vaccinations |

Pensez-vous que la prévention doit relever de vos missions ? Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas ☐

Si non, pourquoi ?

.....

.....

Quelques questions vous concernant

Vous êtes Un homme ☐ Une femme ☐

Quelle est votre année d'installation ?

Quelle est la taille (en nombre d'habitants) de la commune où vous exercez ?

- ☐ moins de 2 000 habitants ☐ de 2 000 à 30 000 habitants ☐ plus de 30 000 habitants

Freins au dépistage du cancer du col de l'utérus

Enquête auprès des médecins généralistes

Concernant votre dernière patiente de 25-65 ans, sans risques particuliers vis-à-vis du cancer (individuel ou familial) et que vous suivez régulièrement depuis au moins 3 ans

Au cours des 3 dernières années et pour cette même personne, avez-vous déjà réalisé vous-même un frottis de dépistage cancer du col de l'utérus ? Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas ☐

Si oui, • le contexte de la consultation était plutôt celui

- ☐ d'un bilan général de santé
- ☐ d'une consultation pour un motif gynécologique
- ☐ d'une consultation de traitement de la ménopause
- ☐ autre raison :

• ce frottis faisait suite

- ☐ à la demande de la patiente
- ☐ à votre propre initiative

Si non, pour quelle raison était-ce ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ généralement, vous ne réalisez pas cet acte
- ☐ vous ne réalisez pas cet acte et vous orientez la patiente vers un spécialiste
- ☐ cet acte a été réalisé récemment
- ☐ vous n'assurez pas le suivi gynécologique
- ☐ la patiente a refusé
- ☐ la patiente était réticente
- ☐ autre raison :

Concernant le frottis de dépistage, quelle est votre pratique la plus fréquente ?

- ☐ vous orientez la patiente vers un spécialiste
- ☐ vous réalisez vous-même le frottis de dépistage

De manière générale, pensez-vous que les femmes soient bien informées du mode de détection du cancer du col de l'utérus ? Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas ☐

De manière générale, rencontrez-vous des difficultés pour prescrire ou réaliser un frottis de dépistage ? Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas ☐

Si oui, quelles difficultés rencontrez-vous dans votre prescription ou réalisation habituelle du frottis de dépistage ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ pas de temps prévu dans la consultation habituelle
- ☐ le manque de formation initiale spécifique
- ☐ des difficultés liées au matériel pour réaliser le frottis
- ☐ le suivi des résultats
- ☐ l'oubli de prescrire ou de réaliser systématiquement le frottis
- ☐ la réticence des patientes de faire le frottis
- ☐ la peur du résultat
- ☐ les changements récents pour la périodicité du dépistage
- ☐ la distance / temps d'accès pour réaliser cet acte
- ☐ des obstacles culturels (*précisez*):
- ☐ autre (*précisez*) :
-
-
-

Sur le plan général, pensez-vous qu'il est préférable...

- ☐ de maintenir le dépistage individuel, tel que le pratique actuellement la médecine ambulatoire
☐ de mettre en place un dépistage organisé par frottis auprès de femmes de 25 à 65 ans
☐ les deux

Pensez-vous qu'il existe un ou des frein(s) au dépistage précoce du cancer du col de l'utérus ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, le ou lesquels ?

.....

.....

.....

.....

.....

Avez-vous d'autres remarques et observations à propos du dépistage du cancer du col de l'utérus ?

.....

.....

.....

.....

Concernant votre pratique professionnelle

Dans les dossiers de vos patients adultes, quelles informations sont en générale consignées ?

- | | |
|--|--|
| ☐ consommation de tabac | ☐ dernière mammographie |
| ☐ consommation d'alcool | ☐ dernier frottis |
| ☐ poids/taille | ☐ dernier hémocult |
| ☐ antécédents familiaux de cancer | ☐ état des vaccinations |

Pensez-vous que la prévention doit relever de vos missions ? Oui ☐ Non ☐ NSP ☐

Si non, pourquoi ?

.....

.....

Quelques questions vous concernant

Vous êtes Un homme ☐ Une femme ☐

Quelle est votre année d'installation ? |_|_|_|_|

Quelle est la taille (en nombre d'habitants) de la commune où vous exercez ?

- ☐ moins de 2 000 habitants
 ☐ de 2 000 à 30 000 habitants
 ☐ plus de 30 000 habitants

Freins au dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein

Enquête auprès des gynécologues

Cancer du sein

Pensez-vous que les femmes de la région soient suffisamment informées sur le dépistage du cancer du sein ?

Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

Si non, sur quoi porte le manque d'information ?

.....

.....

Selon vous, chez les femmes, quel(s) frein(s) limite(nt) le dépistage précoce du cancer du sein ?

.....

.....

.....

.....

Que pensez-vous des mesures mises en place dans le cadre de la généralisation du dépistage du cancer du sein ?

.....

.....

.....

.....

.....

Quelles difficultés particulières avez-vous constatées dans le dépistage organisé du cancer du sein dans votre département ?

.....

.....

.....

.....

.....

Les dispositifs départementaux de dépistage organisé du cancer du sein viennent d'être mis en place en Côte d'Or et dans l'Yonne suivant ceux existant dans la Nièvre et en Saône et Loire, depuis plusieurs années. Selon vous, quelles conditions doit-on réunir pour obtenir que 60% des femmes invitées au dépistage y participent ?

.....

.....

.....

Cancer du col de l'utérus

Pensez-vous que les femmes de la région soient suffisamment informées sur le dépistage du cancer du col l'utérus ?

Oui ☐

Non ☐

Ne sait pas ☐

Si non, sur quoi porte le manque d'information ?

.....

.....

Selon vous, chez les femmes, quel(s) frein(s) limite(nt) le dépistage précoce du cancer du col de l'utérus ?

.....

.....

.....

Pour le cancer du col de l'utérus, pensez-vous qu'il est préférable ...

- ☐ de maintenir le dépistage individuel, tel que le pratique actuellement la médecine ambulatoire
- ☐ de mettre en place un dépistage organisé par frottis auprès de femmes de 25 à 65 ans
- ☐ les deux

Quelles difficultés particulières rencontrez-vous quant au dépistage du cancer du col de l'utérus, dans votre département ?

.....

.....

.....

Selon vous, quelle(s) action(s) prioritaire(s) devraient être menées afin d'améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus ? (par qui et pour quelle population cible ?)

Type d'action(s) à mener :

■

.....

■

.....

■

.....

Questions vous concernant

Vous êtes Un homme ☐ Une femme ☐

Quelle est votre année d'installation ?

Vous exercez à titre ? Libéral ☐ Salarié ☐

***Merci d'avoir consacré du temps pour répondre à ce questionnaire
et de nous l'envoyer dans l'enveloppe jointe***

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

¹ EISINGER F, GUAGLIARDO V, JULIAN-REYNIER C, MOATTI JP. Dépistage des cancers. Baromètre santé 2000. INPES 2003.

² ROUSSEAU A, BOHET P, MERLIERE J, TREPPOZ H, HEULES-BERNIN B, ANCELLE-PARK R. Évaluation du dépistage organisé et du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus : utilité des données de l'Assurance maladie, 2002, 19.

³ ORS Bourgogne. Attitudes et comportements des Bourguignons par rapport aux facteurs de risque et aux dépistages des cancers. Résultats d'une enquête téléphonique réalisée en 2004 auprès de 1 100 personnes de 12-75 ans. septembre 2004.

⁴ ORS Bourgogne. Dépistages organisés des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus, Éléments pour la mise en place ou l'extension des programmes en Bourgogne. Octobre 2001.

⁵ DREES. Les médecins, Estimations au 1^{er} janvier 2003. Document de travail, série statistiques, 57, 2003.

⁶ DRASS de Bourgogne Service statistique. Statiss 2004 Bourgogne, 2004.

⁷ ORS Rhône-Alpes. Opinion des médecins libéraux de Rhône-Alpes sur le dépistage organisé du cancer du sein. 2001.

⁸ CAREPS, URML Rhône-Alpes. Le dépistage du cancer du sein en médecine libérale. Enquête auprès des généralistes et des gynécologues de Rhône-Alpes. 2003.

⁹ CFES. Baromètre santé médecins généralistes 98/99, 1999.

¹⁰ ORS Rhône-Alpes. La lettre de l'Observatoire régional de la santé Rhône-Alpes, 37, 2002.

¹¹ ABSL C. Rapport d'enquête sur les freins et les leviers à un dépistage systématique des cancers du sein et du col de l'utérus, Prévention santé, Charleroi, 2004.

¹² CRESSON G, SCHWEYER F.X. Les usagers du système de soins, éd. ENSP, Recherche santé social, 2003.

Pour en savoir plus

AÎACHE P, CÈBE D, CRESSON G, PHILIPPE C. Femmes et hommes dans le champ de la santé, Approches sociologiques, ENSP, 2001, p 136-137.

JUNOD B, MASSÉ R, QUÉLIER C. Cancer du sein : danger des certitudes prétendues, Santé publique 2004 ; 16 (1) : 21-26.