



Femmes et médecins face au dépistage organisé du cancer du sein en France.

Au moment de la généralisation du dépistage organisé (DO) du cancer du sein, il apparaît que son impact, élément de son efficacité, est largement dépendant de l'opinion des femmes et des médecins traitants. Nous manquons de données françaises à ce sujet¹. Deux études récentes nous ont paru intéressantes^{2,3}.

Facteurs de non participation des femmes².

328 entretiens ont été réalisés chez des non participantes dans 4 départements avec DO (Allier, Loire, Rhône, Val d'Oise). Trois éléments de non participation sont notés:

- une méfiance face à un système organisé assimilé à une moindre qualité et à une perte de liberté, à l'opposé du dépistage individuel, surtout dans les milieux favorisés;
- à l'inverse une distance vis à vis de la prévention chez les femmes en situation de précarité qui ont d'autres priorités et trouvent le système complexe;
- l'absence d'association des médecins généralistes au processus qui est souvent présentée comme une raison de non engagement.

Deux types de femmes sont individualisés par les auteurs:

- **la femme vulnérable**: elle a plus de 65 ans, défavorisée, rurale ou de banlieue, fataliste. Elle comprend mal les courriers. Le dépistage lui paraît sans intérêt ou imposé pour continuer à bénéficier des prestations gratuites. Elle fréquente surtout le généraliste, peu le gynécologue. Elle a peur du cancer, mais pense que la médecine la guérira.
- **la femme « maîtresse de son destin »**: elle a moins de 60 ans, sans conditions de vulnérabilité, urbaine

et a intégré les pratiques préventives. Elle a peur du cancer, connaît les enjeux du dépistage, a bien reçu et compris le courrier. Mais elle ne se sent pas concernée, fait plus confiance au dépistage individuel. Elle a un gynécologue, aime les médecines douces. Elle est critique vis à vis de la médecine institutionnelle et choisit ses filières.

Opinions et comportements des médecins³.

1000 MG et 250 gynécologues libéraux (Gy) tirés au sort, issus pour moitié de départements avec DO ont été interrogés par sondage sur le DO.

Les connaissances et opinions sur le DO sont voisines entre MG et Gy: Plus de 90% en connaissent l'existence, un peu moins dans les départements sans DO; Les avantages reconnus du DO sont dans l'ordre l'équité, le contrôle de qualité, l'évaluation.

Les inconvénients: pour 75% le sentiment d'être exclu des programmes et une lourdeur administrative; et pour 40% des MG et 65% des Gy une moins bonne qualité.

La satisfaction est meilleure chez les MG que chez les Gy: 86% vs 61% sont très ou plutôt satisfaits. 33% vs 10% adressent toutes leurs patientes au DO; 21% vs 36% ne les adressent jamais.

Ces études devraient nous inciter à proposer des améliorations concernant l'information et la participation des femmes et l'implication réelle et étroite des médecins traitants dans les associations.

En direction des femmes, trois directions sont proposées par les auteurs. Mettre en valeur la qualité des programmes de dépistage (particulièrement les démarches de recherche de qualité). Développer une stratégie d'alliance avec les relais de proximité, d'une part l'entourage familial et particulièrement les filles, d'autre part les MG. Adapter les supports de communication aux diversités culturelles².

En direction des médecins, les conclusions des auteurs sont moins développées³. Ils évoquent la mise en évidence de la valeur ajoutée créée par l'organisation. De fait le contrôle des appareillages, la formation des radiologues et des manipulateurs, la double lecture sont des garanties de qualité et il est juste de les valoriser. Reste à répondre au reproche de lourdeur administrative et d'exclusion des médecins traitants. C'est probablement à ce niveau que les efforts les plus importants sont à promouvoir. L'enquête EURECA a bien montré leurs conditions d'implication dans la prévention⁴. Sur 15 propositions visant à aider le MG à mieux réaliser le dépistage des cancers, sont considérés comme contribuant "énormément ou beaucoup" par les 300 MG français interrogés: l'information sur le suivi en cas de mammographie anormale (82%), les preuves de l'efficacité de la mammographie (71%), l'invitation écrite faite par l'organisme central de consulter son médecin (57%), le feed-back sur les résultats (48%), les incitations financières (29% seulement). Certaines campagnes ont développé la participation réelle des médecins traitants à la prescription, leur information téléphonique immédiate et personnalisée pour les résultats suspects, les informations régulières par divers canaux sur le déroulement et les résultats des campagnes. C'est dans ce sens qu'il faut pousser.

1- ANAES. Evaluation du programme national de dépistage systématique du cancer du sein. ANAES. mars 1997;64-65

2- Bertolotto F et al. Facteurs sociaux de l'absence de participation aux campagnes de dépistage organisé du cancer du sein. BEH. 2003; 4:24-5 3- Sancho-Garnier H et al. Connaissances, opinions et comportements des médecins généralistes et gynécologues vis à vis du dépistage organisé: analyse d'une enquête par sondage. BEH? 2003;4:26-7

4- Pouchain D et al. Implication des médecins généralistes dans la prévention. Rev Prat Med Gén. 1998. 12;440:31-37

Mots-clé: sein, cancer, dépistage, efficacité, opinion des patients, opinion des médecins

Numéro 298 du 20 mars 2003

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)
Rendez-Vous aussi sur notre site: <http://www.unaformec.org>