

Enquête d'opinion sur le dépistage du cancer du sein chez les généralistes de l'Essonne

Attitude des praticiens de ville : incertitudes ou réticences ?

Claude Attali¹, Michel Médioni¹, Catherine Dubois¹, Vincent Renard¹, Laurence Compagnon¹, Jacques Cittée¹, Julien Le Breton¹, Olivier Montagne², Philippe Lecorvoisier², Sylvie Bastuji-Garin³

exercer 2008;83:98-103.

attcl@wanadoo.fr

1. Département de médecine générale, UFR Créteil

2. Centre d'investigation clinique, CHU Henri-Mondor, Créteil

3. Service de santé publique, CHU Henri-Mondor, Créteil

Contexte. Plusieurs essais contrôlés randomisés ont démontré que le dépistage de masse organisé du cancer du sein par mammographie tous les deux ans dans la tranche d'âge 50-74 ans était efficace en termes de réduction de la mortalité liée à ce cancer. L'efficacité de ce dépistage est essentiellement liée au taux de participation des femmes dans la tranche d'âge considérée. En France, les études observationnelles montrent que le seuil nécessaire de participation des femmes est difficilement atteint. L'objectif de cette enquête était d'identifier les résistances des médecins généralistes au dépistage de masse organisé du cancer du sein.

Méthode. Enquête par questionnaire postal, comprenant 31 items, envoyé à tous les médecins généralistes du département de l'Essonne. Le questionnaire avait pour but de recueillir l'opinion des médecins sur le dépistage de masse organisé et le dépistage individuel des cancers en général, et sur le dépistage de masse organisé et individuel du cancer du sein en particulier.

Résultats. 30 % des médecins ont renvoyé le questionnaire permettant une analyse sur 222 réponses exploitables. 80 % des médecins généralistes répondants étaient convaincus que le dépistage était une de leur mission et que le taux de participation des femmes conditionnait l'efficacité de cette action de santé publique. En revanche, 40 % d'entre eux considéraient que le dépistage de masse organisé n'était pas plus fiable que le dépistage individuel. Un tiers des répondants a déclaré que le manque de temps et l'absence de rémunération spécifique étaient un frein au dépistage de masse. 23 % des répondants avaient bénéficié d'une formation récente sur le dépistage. Enfin, 51,8 % des médecins s'estimaient moyennement informés sur l'intérêt du dépistage de masse.

Conclusion. Il est nécessaire d'impliquer davantage les médecins à tous les stades d'élaboration et de mise en œuvre d'un programme de dépistage de masse, de développer des campagnes d'incitation auprès des patientes et des médecins, et d'envisager des incitations financières au prorata du nombre de patientes dépistées.

Mots-clés

Dépistage

Cancer du sein

Freins

Facilitateurs

Introduction

En France, le dépistage systématisé du cancer du sein s'organise depuis environ dix ans. Il complète le dépistage individuel développé depuis une vingtaine d'années¹. Depuis le premier semestre 2004, le dépistage de masse organisé (DMO) est généralisé sur tout le territoire français. Il est basé sur les structures médicales existantes, en particulier sur les cabinets de radiologie.

L'évaluation des anciens programmes a montré une amélioration constante des indicateurs précoces d'efficacité et de qualité². Une réduction significative de la mortalité par cancer du sein dans les départements où le dépistage organisé a été mis en place a été observée. Bien qu'il soit impossible

d'imputer cette réduction de la mortalité au seul dépistage, ces résultats sont encourageants. Le point négatif a été le faible taux de participation des femmes au programme de dépistage organisé. En 2000, pour les 32 départements inclus dans le programme, le taux de participation était de 43 %. Ce taux variait d'un département à l'autre (de 20 % à 60 %) mais une amélioration a été observée au cours des campagnes successives. En France, ce faible pourcentage s'explique partiellement par le taux important de dépistage individuel (DI). Le pourcentage de femmes ayant réalisé ce type de dépistage avant la participation au programme organisé était d'environ 48 %.

Le nouveau cahier des charges pour les indicateurs d'évaluation du dépistage organisé a pour objectif

d'harmoniser les deux dépistages. Les recommandations européennes concernant les indicateurs du dépistage et les taux nécessaires préconisent un taux de participation des femmes au dépistage supérieur à 70 %. Dans le nouveau cahier des charges français, de nouvelles modalités d'examen clinique et radiologique ont été mises en place, mais aucune mesure concrète n'apparaît sur la place, et le rôle des médecins généralistes pour améliorer ce taux de participation.

En Bourgogne, les médecins généralistes ont participé à la campagne de dépistage du cancer du côlon en adressant un courrier à leurs patients les invitant à participer au dépistage et leur proposant un test gratuit lors d'une consultation³. Cette action a permis d'augmenter sensiblement le taux de participation au dépistage de ce cancer.

Méthode

Pour répondre à la question sur les résistances et réticences des médecins généralistes à participer au DMO, une enquête a été réalisée à l'aide d'un ques-

tionnaire standardisé envoyé à tous les médecins généralistes de l'Essonne, département dans lequel deux DMO ont été mis en place : celui du cancer du sein et celui du côlon.

Ce questionnaire a été construit après une revue de la littérature sur le thème dépistage organisé/cancer du sein/cancer du côlon/médecins généralistes. Ce questionnaire comportait 31 questions.

Ce premier outil a été testé dans une étude pilote auprès d'une dizaine de médecins généralistes exerçant dans le département du Val-de-Marne de manière à éviter une contamination avec les médecins de l'Essonne. Il a ensuite été modifié par le comité de pilotage en fonction des remarques et des réponses obtenues.

Ce questionnaire comportait des questions permettant l'identification des médecins, des questions génériques sur le DMO et le DI, et des questions spécifiques sur le DMO et le DI du cancer du sein et du côlon. Au total, 744 questionnaires ont été adressés à tous les médecins généralistes de l'Essonne.

À la suite des résultats de cette enquête quelques propositions seront faites pour tenter de diminuer les

Raisons incitant les médecins à participer au DMO	Oui %	Non %	NsP %	PdR %
C'est mon rôle en tant que maillon de santé publique	89,2	5,4	2,7	2,7
C'est une des missions de la médecine générale	96	2,2	1,8	-
Le DMO est moins cher que le DI	31	24,3	37,8	6,8
Le DMO est plus fiable que le DI	20,7	40,5	32,9	5,9
Ma responsabilité pourrait être engagée en cas de cancer chez un patient qui n'en aurait pas bénéficié	15,8	46,4	30,6	7,2
Le DMO sera d'autant plus efficace que les participants seront nombreux	86,9	4,5	6,8	1,8
Raisons dissuadant les généralistes à pratiquer un dépistage de masse				
Le manque de temps	27,9	59,5	1,3	11,6
L'absence de rémunération	31,5	55,4	-	13
L'absence de formation	18,5	67,6	1,3	12,6
La difficulté de convaincre les patients	11,2	72	3,1	13,5
Il est difficile de faire accepter un raisonnement collectif à un individu	20,7	60,3	5,4	13,5
Problème du traitement des données informatisées (confidentialité, secret)	9	64,8	12,6	13,5
Raisons dissuadant les médecins à pratiquer un dépistage individuel				
C'est mon rôle en tant que maillon de santé publique	71,6	17,1	4,9	6,3
C'est une des missions du MG	91,9	1,8	2,25	4
Le DI est moins cher que le DMO	7,2	45,5	38,3	9
Le DI est plus fiable que le DMO	22	40	28,8	9
Ma responsabilité pourrait être engagée en cas de cancer chez un patient qui n'en aurait pas bénéficié	39,2	27,5	23,9	9,5

NsP : Ne sait pas. PdR : Pas de réponse.

Tableau 1. Opinion des médecins sur les dépistages en général

réticences et résistances des médecins généralistes et améliorer la participation au dépistage des patientes suivies en médecine générale.

Résultats

222 réponses exploitables ont été reçues, soit 30 % des envois. Les répondeurs étaient en moyenne âgés de 50 ans ($\pm 7,8$) et majoritairement des hommes (72 %). La majorité (79 %) avait une activité urbaine, 6 % une activité rurale et 15 % une activité mixte.

Le dépistage en général

La grande majorité des généralistes (plus de 80 %) considéraient que le dépistage était une de leurs missions en tant qu'acteur de santé publique. Ils pensaient aussi très majoritairement (86 %) que le DMO serait d'autant plus efficace que les participants seraient nombreux (tableau 1).

En revanche, 40 % d'entre eux considéraient que le DMO n'était pas plus fiable que le DI et 45 % ne se sont pas prononcés. 20 % des généralistes considéraient que le DMO était plus fiable que le DI. Concernant la responsabilité, ils étaient 16 % à penser que leur responsabilité pourrait être engagée en cas de retard au diagnostic.

Sur les raisons qui les dissuadent de pratiquer un dépistage de masse, un tiers d'entre eux considéraient qu'ils manquaient de temps et que l'absence de rémunération spécifique était un frein. Environ un tiers considérait qu'il n'était pas facile de convaincre le patient lorsqu'il fallait appliquer un raisonnement collectif à un individu. Pour la plus grande majorité (> 55 %) le manque de temps, de rémunération, de formation, la difficulté de convaincre les patients, les problèmes de confidentialité n'étaient pas des raisons suffisantes pour les dissuader de pratiquer le dépistage de masse.

Dans la mesure où en France, le dépistage individuel, en particulier celui du cancer du sein est largement pratiqué, les motivations des médecins ont été explorées pour proposer ce type de dépistage. La grande majorité des généralistes (> 80 %) considéraient que c'était leur rôle en tant qu'acteur de santé publique et que c'était une de leur mission. 20 % d'entre eux considéraient que le DI était plus fiable que le DMO et 37 % continuaient à ne pas se prononcer entre les deux dépistages. En miroir à la question sur le DMO, 40 % des généralistes considéraient que le DI n'était pas plus fiable que le DMO. Concernant la responsabilité, ils étaient 40 % à penser que leur responsabilité pourrait être engagée en cas de retard au diagnostic.

Sur le dépistage du cancer du sein	Oui	Non	NsP	PdR
Je suis plutôt favorable au DI (%)	66,2	12,6	5,4	15,8
Je suis plutôt favorable au DMO (%)	86,9	4,5	4	4,5
J'ai bénéficié récemment d'une formation (%)	23,4	75,2	–	1,3
La formation m'a convaincu de changer mes habitudes (%) (n = 52)	11,7	11,7	–	

Sur l'information		Mal informés	Moyennement informés	Bien informés	PdR
Les médecins estiment être (%)		3,6	51,8	42,8	1,8
De l'avis des médecins, les patientes sont (%)		10,6	60,8	20,3	8,6
Les patientes ramènent leurs clichés (%)	Toujours 8,1	Souvent 23	Parfois 39,2	Jamais 27,5	PdR 2,2
Le compte rendu est-il conforme à vos attentes (%) ?	Toujours 36,5	Souvent 52,2	Parfois 5,8	Jamais 0,9	PdR 4,5
Comment êtes-vous informé en cas de résultat positif (%) ?	Téléphone 5,4	Courrier 87,4	Autre 2,25		PdR 4,9
Êtes-vous satisfait de ce mode d'information (%) ?	Satisfait 78,4	Insatisfait 21,6			
Connaissez-vous la classification BI-RADS (%) ?	Oui 20,3	Non 59	Fausse définition 4,5	Pas de définition 14,4	PdR 1,8

NsP : Ne sait pas. PdR : Pas de réponse.

Tableau 2. Opinion des médecins sur le dépistage du cancer du sein

Raisons qui m'inciteraient à modifier ma pratique en faveur du DMO	Oui %	Non %	NsP %	PdR %
Des campagnes de prévention m'impliquant davantage	46,4	32	14	7,6
Une plus forte demande et motivation des patientes	46,8	32	11,2	9,9
S'il était prouvé qu'il diminuait la mortalité liée au cancer	51,3	23	13,9	11,2
Raisons qui me dissuadent actuellement de participer au DMO				
Je me sens exclu du processus	28,8	53,6	3,1	14,4
C'est plutôt le rôle des gynécologues	4,9	76,1	3,6	15,3
Je préfère confier mes patientes à mes correspondants radiologues habituels	18,5	62,6	4	14,9

NsP : Ne sait pas. PdR : Pas de réponse.

Tableau 3. Motifs des médecins pour modifier (ou non) leurs pratiques

Le dépistage du cancer du sein

87 % des médecins répondus étaient plutôt favorables au DMO et 66 % au DI. 23 % des médecins répondus avaient bénéficié d'une formation récente (< 2 ans) sur le dépistage du cancer du sein et la moitié d'entre eux disaient avoir changé de pratique après cette formation. En s'intéressant aux raisons du manque de formation dans ce domaine, 32 % n'avaient pas eu de proposition de formation, 9 % n'avaient pas suffisamment de temps, 9 % la considéraient comme inutile, et 40 % n'ont pas répondu à cette question (tableau 2).

Corollaire de la question précédente, 50 % des médecins se sentaient moyennement informés sur ce problème, contre 40 % qui se sentaient parfaitement informés. Ils considéraient de la même manière que les patientes étaient moyennement (61 %) ou mal informées.

1,3 % des médecins utilisaient Internet pour la prescription du DMO. 8 % des médecins affirmaient que les patientes apportaient leurs clichés lors des consultations suivantes. Près de 90 % d'entre eux considéraient que les délais d'attente des résultats d'environ trois semaines étaient acceptables, 6,3 % pensaient que c'était inacceptable.

Ils étaient à peu près le même nombre (89 %) à considérer que le compte rendu radiologique était toujours ou souvent conforme à leurs attentes. En cas de résultat positif, c'est très majoritairement par courrier (87 %) que les médecins étaient informés du résultat. La grande majorité (78 %) était satisfaite de ce type d'information. Les raisons profondes des motifs d'insatisfaction des 21 % sont inconnues dans cette enquête. Enfin, alors qu'ils étaient majoritairement satisfaits des comptes rendus radiologiques (89 %), 20 % des médecins répondus connaissaient la classification BI-RADS (*breast imaging reporting and data system*).

Modification des pratiques

51 % des médecins ont affirmé qu'ils modifieraient leurs prescriptions s'il était prouvé que ces campagnes diminuaient la mortalité liée au cancer du sein contre 23 % qui, eux, ne changeraient pas. 45 % de médecins seraient incités à proposer davantage le DMO s'ils se sentaient plus impliqués dans le processus ou si la demande des patientes était plus forte, alors que 30 % des médecins répondus ne seraient pas incités à modifier leurs pratiques même s'ils étaient plus impliqués ou même si la demande des patientes était plus forte (tableau 3).

28 % des médecins répondus continuaient à se sentir exclus du processus de DMO ce qui ne favorise pas l'adhésion à celui-ci. 18 % préféreraient confier leurs patientes à leurs correspondants habituels. Toutefois, la grande majorité considérait que c'était bien à eux et pas seulement aux gynécologues qu'il appartenait de prescrire le dépistage de masse du cancer du sein (tableau 3).

Discussion

Les résultats de cette enquête doivent être nuancés car il s'agit de déclarations et non de pratiques observées, et il peut exister une différence entre ce qui est dit et ce qui est réellement fait. Il s'agit d'une première analyse purement descriptive et aucun test statistique n'a été réalisé.

La population ayant répondu semble représentative des médecins généralistes de l'Île-de-France en termes de démographie. En 1999, les médecins se répartissaient ainsi : 70,4 % d'hommes, 29,6 % de femmes, âge moyen global 47,8 ans.

La très grande majorité des répondus considérait que c'était leur mission de médecin généraliste que

de favoriser la pratique des dépistages des cancers. 90 % d'entre eux considéraient aussi que la pratique du DMO les confortait dans leur rôle d'acteur de santé publique. Concernant plus particulièrement le cancer du sein, 87 % des médecins étaient favorables au dépistage de masse et 66 % au dépistage individuel. Ces résultats sont surprenants étant donné le très grand nombre de mammographies prescrites en France à titre individuel. Ils peuvent cependant témoigner de l'évolution des idées, sinon des pratiques liées à la mise en place du DMO.

De même, l'idée que le DMO est d'autant plus efficace que les participantes sont nombreuses à bénéficier de cet examen est largement acquise chez les médecins généralistes de cet échantillon.

La question sur les inconvénients du dépistage n'a pas été posée, ce qui nous prive d'informations intéressantes sur la compréhension des réticences et des résistances des médecins en fonction des réticences des patientes.

Concernant la fiabilité des dépistages, tous cancers confondus, 20 % des médecins pensaient que le DI était supérieur au DMO, alors que 20 % pensaient le contraire. 40 % affirmaient que l'un n'était pas supérieur à l'autre et 20 % ne se sont pas prononcés. Il faut être prudent avec l'interprétation de ces chiffres car certaines questions n'étaient pas assez explicites. Ainsi, il est impossible de savoir précisément si les réponses des médecins étaient plus particulièrement liées à un type particulier de cancer ou s'il s'agissait d'une opinion générale. En s'intéressant plus particulièrement au cancer du sein, près de 20 % de médecins ne se sont pas prononcés ou ne savaient pas et près de 20 % privilégiaient le DI. Il reste à convaincre près de 40 % des médecins de l'efficacité du DMO dans le dépistage du cancer du sein.

16 % des médecins répondants pensaient que leur responsabilité pourrait être engagée en cas de retard au diagnostic en cas de défaut de DMO, contre 40 % en cas de défaut de DI. Cette différence de perception de la responsabilité n'est certainement pas sans effet sur les taux de prescriptions.

Un bon tiers des médecins considérait qu'ils manquaient de temps et que l'absence de rémunération spécifique était un frein important à la pratique du dépistage de masse. Une proportion identique considérait qu'il n'était pas facile de convaincre un patient surtout lorsqu'il fallait appliquer un raisonnement collectif à un individu.

En revanche, pour la majorité, le manque de temps, de rémunération, de formation, la difficulté de convaincre les patients, les problèmes de confidentialité n'étaient pas des raisons suffisantes pour les dissuader de pratiquer le DMO.

Bien que majoritairement favorables au dépistage du cancer du sein, seulement 23 % des médecins avaient bénéficié d'une formation récente sur ce thème, et seulement la moitié d'entre eux disaient avoir changé leur pratique. Certains pensaient qu'ils n'avaient plus rien à apprendre alors que d'autres expliquaient ce manque de formation par un manque de propositions dans ce domaine. Ces résultats expliquent certainement le fait que 52 % des médecins se sentaient moyennement informés et que seulement 20 % connaissaient la classification BI-RADS. Un effort d'information et de formation semble donc nécessaire d'autant que la formation est susceptible de modifier les connaissances et les perceptions⁴.

Ni les délais de réception, ni la qualité et la forme des comptes rendus n'étaient considérés comme un frein à la prescription du DMO. Au contraire, la très grande majorité des praticiens considérait que ces aspects correspondaient bien à leurs attentes.

Les souhaits des médecins recueillis dans les deux dernières questions permettent d'appréhender encore quelques réticences et les pistes pour tenter de les lever. Plus de 40 % se disaient prêts à plus s'impliquer dans le DMO sous réserve de :

- confirmer l'efficacité du DMO en termes de diminution de la mortalité liée au cancer du sein. Ces mêmes résultats sont publiés dans la littérature internationale⁵ et confortent l'idée que la participation des médecins généralistes passe par une meilleure information sur l'efficacité du DMO, ce qui peut être un des objectifs des séances de formation ;
- une implication plus importante dans les campagnes de dépistage : plus de 45 % des médecins proposeraient davantage le DMO s'ils se sentaient plus impliqués dans les campagnes de dépistage, alors que 30 % des médecins ne le feraient pas.

Le volet dépistage du cancer du côlon de cette enquête confirme que la formation associée à la distribution des tests entraîne une meilleure connaissance et une meilleure adhésion aux DMO.

Une plus forte pression de la part des patientes serait aussi en mesure d'améliorer la quantité de DMO. Une réflexion sur les messages à destination des patientes devrait intégrer ces résultats.

La participation des médecins généralistes aux campagnes de dépistage entraîne une plus-value à plusieurs niveaux : augmentation de la participation, mise à jour des listings des patientes, et une meilleure « reconvoque » des non-répondeurs. Dans l'étude de Giorgi⁶, lorsque la première invitation était réalisée par le généraliste, la participation augmentait de 2 à 4 % puis de 1,7 % en cas de « reconvoque ».

Des incitations financières sont susceptibles d'améliorer encore le dispositif. Cette plus-value de l'action des médecins est observée aussi dans les études qui interrogent les femmes sur leurs préférences concernant l'implication des médecins dans la décision de participer au dépistage mammographique⁷. Elles sont 42 % à penser que la décision doit être principalement prise par leur médecin et 45 % pour une décision partagée équitablement par la patiente et le médecin.

Conclusion

Comme toute enquête déclarative, celle-ci n'est pas exempte de biais. Elle permet cependant d'appréhender globalement les réticences et résistances des médecins généralistes, mais aussi leur intérêt pour le dépistage.

Il est donc possible de préconiser des actions qui s'appuient sur toutes ces composantes. La cible à convaincre peut être évaluée à environ 40 % de la population de médecins généralistes.

Au total, pour obtenir une meilleure participation des patientes, et en accord avec la littérature internationale, il est possible d'envisager les mesures suivantes :

- inclure les médecins généralistes à tous les niveaux d'élaboration et de réalisation des campagnes de dépistage : conception, réalisation pratique, participation aux convocations et reconvoctions, mise à jour des listings des patientes ;
- développer les incitations des patientes vis-à-vis de leur médecin traitant par des campagnes médiatiques ;

- envisager des incitations financières au prorata du nombre de femmes dépistées ;
- améliorer l'information et la formation des médecins généralistes sur les dépistages du cancer du sein par des séances de FMC spécifique ;
- conforter ces médecins qu'ils sont bien dans leur rôle lorsqu'ils participent aux campagnes nationales et départementales de DMO ;
- mener des actions du même type avec les internes qui se destinent à la médecine générale.

Références

1. Ancelle-Park R. Dépistage organisé du cancer du sein. Numéro thématique. BEH 2003;4:13-28.
2. Seradour B. Cancer du sein : un dépistage désormais généralisé en France. La revue du praticien 2004;54:830-6.
3. Faivre J, Dancourt V, Lejeune C et al. Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study. Gastroenterology 2004;126:1674-80.
4. Boissel JP, Collet JP, Alborini A et al. for the PRE.SA.GF collaborative group. Education program for general practitioners on breast and cervical cancer screening: a randomized trial. Rev Epidemiol Sante Publique 1995;43:541-7.
5. Bekker H, Morrison L, Marteau TM. Breast screening: GPs' beliefs, attitudes and practices. Fam Pract 1999;16:60-5.
6. Giorgi D, Giordano L, Senore C et al. General practitioners and mammographic screening uptake: influence of different modalities of general practitioner participation. Tumori 2000;86:124-9.
7. Chamot E, Charvet A, Perneger TV. Women's preferences for doctor's involvement in decisions about mammography screening. Med Decis Making 2004;24:379-85.