

Connaissances, opinions et comportements des médecins généralistes et des gynécologues vis-à-vis du dépistage organisé : analyse d'une enquête par sondage

Hélène Sancho-Garnier^{1,2}, Karine Gallopel³ et le groupe de pilotage de la Ligue nationale contre le cancer⁴

¹Epidaure, Centre de lutte contre le cancer, Montpellier ; ²Ligue nationale contre le cancer, Paris ;

³Institut de gestion de Rennes, Université de Rennes ; ⁴Voir fin de l'article

INTRODUCTION

Une enquête sur les facteurs influençant la participation des femmes au dépistage organisé (voir fin de l'article page 24), a montré qu'une des raisons majeures évoquées par les non participantes était l'absence d'engagement des médecins de ville (généralistes et gynécologues) dans ces interventions. Pour mieux connaître ce problème, la Direction générale de la santé (DGS) et la Ligue nationale contre le cancer (LNCC) ont décidé de réaliser un sondage auprès des médecins afin de faire émerger des pistes possibles pour la communication à destination des professionnels dans la perspective d'une généralisation du dépistage du cancer du sein.

MÉTHODE

Un questionnaire constitué à partir d'études préalables réalisées dans certains départements (Nord, Rhône-Alpes) a été créé et confié au printemps 2001 à une agence spécialisée dans les sondages par téléphone.

Un échantillon de 1 000 médecins généralistes dont la moitié exerçait dans des départements où existe un dépistage organisé a été tiré au sort sur la France entière. Un deuxième sondage a impliqué 250 gynécologues libéraux dont 45 % résidaient dans un département avec dépistage organisé. Ces échantillons ont été stratifiés par âge, sexe, mode d'exercice, département et habitat (grandes agglomérations, petites villes et zone rurale).

Les résultats obtenus ont été analysés d'abord par l'agence sur un mode descriptif puis par un groupe de chercheurs en sciences de gestion de l'université de Rennes 1 sur un mode plus analytique.

RÉSULTATS

Analyse descriptive

Connaissance du dépistage organisé (DO)

A l'époque du sondage, pour une part importante de médecins généralistes (42 %), le concept de dépistage organisé (et donc les procédures s'y associant) était encore assez mal connu puisqu'ils considéraient que le dépistage organisé était « la prescription par tous les généralistes d'un test de dépistage aux patients qui remplissent certaines conditions d'âge et d'absence d'antécédents familiaux ». C'est dire que les notions de gratuité, de contrôle de qualité des tests et des examens complémentaires, de recueil d'information, de suivi et d'évaluation permanente étaient ignorées même dans les départements avec dépistage organisé. Cependant, 88 % des généralistes citaient spontanément l'existence de programmes de dépistage organisé, 99 % dans les départements avec DO et 78 % dans les départements sans DO.

Les avantages du dépistage organisé (sur la base d'une liste) sont connus par environ 70 % de généralistes interrogés. Ils citent en premier lieu l'équité, puis le contrôle de qualité des tests et enfin l'intérêt de l'évaluation. En revanche, ils considèrent (à 75 %) que deux inconvénients dominent : le sentiment d'exclusion du généraliste de ces programmes et la lourdeur administrative qui les accompagne. De plus, 40 % d'entre eux associent le dépistage organisé à des soins de moindre qualité par rapport à la prescription individuelle, ceci est particulièrement vrai dans les départements où il n'existe pas encore de programme.

Les craintes des médecins résulteraient donc plus d'une représentation a priori que d'un jugement a posteriori sur la qualité de ces programmes, surtout dans les départements sans DO.

Dans les départements avec DO, les médecins généralistes prescripteurs se déclarent en majorité très satisfaits (30 %) ou plutôt satisfaits (56 %) ; 13 % se déclarent plutôt peu satisfaits et 1 % pas du tout.

Les gynécologues connaissaient l'existence du dépistage organisé du cancer du sein dans 90 à 98 % des cas (sans DO/avec DO). Avec des avis proches de leurs confrères généralistes, ils citaient comme avantages du DO en premier l'équité, au travers d'une plus grande participation des femmes, ensuite le contrôle de qualité des tests et l'amélioration du suivi, enfin la possibilité d'évaluation (88 %). Les inconvénients les plus cités étaient l'exclusion du spécialiste et la lourdeur administrative (75 %), sans différence entre les départements avec et sans DO, puis la baisse de qualité des soins (65 %). Ainsi les gynécologues s'associent à l'idée que le dépistage organisé est un examen « au rabais ».

Les gynécologues prescripteurs dans les départements avec DO déclaraient être « très satisfaits » du système de dépistage organisé pour respectivement pour 10 % d'entre eux et « plutôt satisfaits » pour 51 %. En revanche, les non satisfaits représentaient 38 % (« plutôt peu satisfait » : 34 % et « pas du tout satisfait » : 4 %).

Pratiques du dépistage organisé

En matière de prescription, 98 % des généralistes prescrivent des mammographies. L'âge moyen de prescription est de 43 ans, avec une fréquence de deux ans. Les généralistes ne considèrent pas qu'il y ait un âge où il faut arrêter de les prescrire. Les jeunes généralistes ont tendance à moins souvent prescrire de mammographies avant 50 ans.

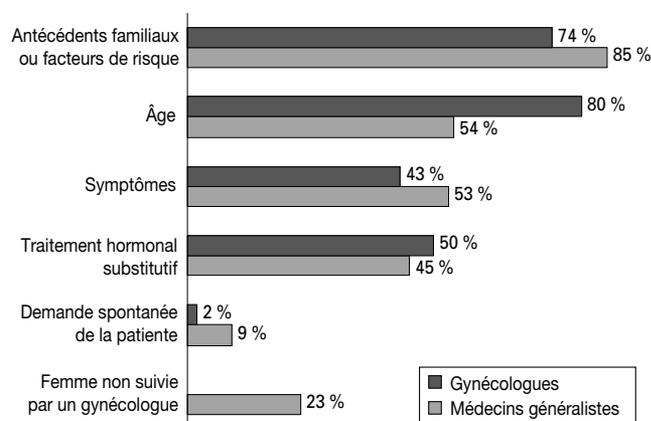
Les motifs de prescription des généralistes sont principalement les antécédents familiaux ou les facteurs de risque (85 %), puis l'âge (54 %) et les symptômes (53 %) (figure 1). Les principales raisons de non-prescription du dépistage pour la dernière patiente de plus de 50 ans vue en consultation étaient : la patiente était déjà suivie (46 %), elle n'avait pas de facteurs de risque (31 %), c'est une patiente récente vue rarement (21 %). Enfin, plus de 7 médecins sur 10 recommandent l'autopalpation à toutes leurs patientes, cette recommandation est corrélée avec la prescription de mammographie de dépistage.

Dans les départements avec DO, 1/3 seulement des généralistes adressent toutes leurs consultantes au programme, 44 % en adressent certaines et 21 % n'en adressent aucune. Cette pratique est fortement corrélée au jugement porté sur le système : plus le jugement porté est positif, plus forte est leur propension à y adresser des patientes.

Figure 1

Raisons de prescription des mammographies de dépistage, selon le type de praticien : gynécologue ou médecin généraliste

Question : Quels sont, parmi les éléments suivants, ceux qui vous incitent le plus souvent à proposer une mammographie de dépistage ?



Dans 78 % des cas les gynécologues proposent la mammographie tous les deux ans entre 40 et 44 ans (âge moyen : 41 ans) ; ce pourcentage atteint 94 % chez les médecins femmes. Ils pensent que la « double lecture » est souhaitable (86 %), car ils se considèrent comme le deuxième lecteur. Les motifs de prescription des gynécologues sont, pour 80 %, l'âge, puis les antécédents familiaux (74 %) (figure 1). Les symptômes sont cités par 43 % des gynécologues. Enfin, à l'époque du sondage, 70 % recommandaient l'autopalpation.

Dans les département avec DO, seulement 10 % des gynécologues adressaient toutes leurs patientes au programme, 53 % en adressaient certaines et 36 % aucune.

Enfin 2/3 de tous les médecins enquêtés étaient demandeurs de plus d'information plutôt sous la forme de formation continue.

Analyse complémentaire

Il n'existe pas de différence significative sur les avantages et les inconvénients perçus à l'égard du dépistage selon le sexe, l'âge des médecins et le type d'exercice médical (généraliste ou gynécologue).

L'analyse multivariée des caractéristiques qui modèrent les attitudes et les comportements vis-à-vis du dépistage confirme l'analyse descriptive : les généralistes considèrent comme principal inconvénient les lourdeurs administratives, suivi de près par le sentiment d'exclusion ; cette tendance est identique chez les gynécologues.

En ce qui concerne les prescriptions, nous retrouvons en premier lieu une différence marquée entre généralistes et gynécologues vis-à-vis de l'incitation à participer au programme organisé et, en second lieu, le rôle du sexe, les femmes étant plus prescriptrices que les hommes.

CONCLUSION

En terme de communication, ces enquêtes nous permettent de formuler quelques réflexions.

Les médecins et les spécialistes gardent une position vis-à-vis de la maladie attentiste et curative. Il est donc nécessaire de les sensibiliser davantage à la médecine préventive. Au vu des différences entre généralistes et spécialistes, il paraît important de segmenter la communication en fonction des médecins auxquels on s'adresse. En ce qui concerne les gynécologues, le message central doit être basé sur la valeur ajoutée de qualité qu'apporte l'organisation du dépistage, sans pour cela perturber leur rapport avec les patientes. Pour les généralistes il s'agira davantage de les responsabiliser et de les valoriser sans les « obliger ».

Enfin, les supports de communication devront être en grande partie traditionnels : presse spécialisée, chaînes télévisées thématiques, contact personnalisé et garder le site web pour prendre et garder le contact avec la cible. Les actions événementielles jouent un rôle important dans la communication médicale, avec une influence forte des leaders qui doivent être utilisés dans des conférences et des séminaires avec retentissement dans les médias spécialisés.

4 Composition du groupe de pilotage

Cnamts : Dr François Baudier, Dr Nicole Bertin, Martine Guionet ; CPAM de Sélestat (Bas-Rhin) : Michèle Herault ; DGS : Dr Juliette Bloch, Tiphaine Canarelli ; Ligue nationale contre le cancer : Pr Hélène Sancho-Garnier, - Michèle Maignien, Claudine Lejeune- Institut de veille sanitaire : Dr Rosemay Ancelle-Park ; Médecins coordinateurs de programme : Dr Brigitte Cockenpot, ADCSN-Nord, Dr Christophe Debeugny, APSVO-Ardepass, Seine-Saint-Denis, Dr Anne Garnier, ODLC-Isère