



HAL
open science

Situation de précarité et dépistages organisés des cancers : étude descriptive en soins primaires et analyse des freins à la proposition et à la réalisation

Magali Romain

► To cite this version:

Magali Romain. Situation de précarité et dépistages organisés des cancers : étude descriptive en soins primaires et analyse des freins à la proposition et à la réalisation. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-00994880

HAL Id: dumas-00994880

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00994880>

Submitted on 22 May 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2014

N°20

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 8/04/2014

Par Magali ROMAIN

Née le 02/04/1984 à Saint-Etienne (Loire)

**SITUATION DE PRÉCARITÉ ET DÉPISTAGES ORGANISÉS DES
CANCERS. ÉTUDE DESCRIPTIVE EN SOINS PRIMAIRES ET
ANALYSE DES FREINS A LA PROPOSITION ET A LA
RÉALISATION.**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Lionel DUISIT

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMEAUX	Président
Monsieur le Professeur Fabrice BONNET	Juge
Monsieur le Docteur Laurent MAGOT	Juge
Monsieur le Docteur Philippe NAKPANE	Juge

REMERCIEMENTS

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMEAUX,

Professeur des Universités de Médecine Générale, Directeur-adjoint du Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux.

Vous nous faites un grand honneur de présider ce jury et de juger notre travail. Soyez assuré de toute notre reconnaissance et de notre profond respect.

A notre Directeur de Thèse,

Monsieur le Docteur Lionel DUISIT,

Médecin Généraliste, chargé d'Enseignement en Médecine Générale.

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de diriger ce travail. J'ai pu apprécier toute votre rigueur scientifique nécessaire dans ce métier et votre disponibilité. Vos conseils, encouragements et votre soutien durant ce travail ont été une aide précieuse. Soyez assuré de toute ma reconnaissance et de l'honneur que j'ai eu de travailler à vos côtés.

A nos Membres du Jury,

Monsieur le Professeur Fabrice BONNET,

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier dans le service de Médecine Interne et Maladies infectieuses, Responsable pédagogique du Diplôme d'Université Santé Précarité et Solidarité.

Veillez trouver l'expression de notre grande reconnaissance en acceptant d'être notre rapporteur et de faire partie de ce jury. Veuillez croire à l'expression de notre profonde gratitude.

Monsieur le Docteur Laurent MAGOT,

Médecin Généraliste, Maître de Conférences associé de Médecine Générale.

Merci d'avoir accepté de contribuer à l'élaboration de ce travail. Nous avons pu apprécier vos compétences scientifiques et méthodologiques. Merci de votre disponibilité et de vos conseils. Soyez assuré de toute ma reconnaissance et de l'honneur que j'ai eu de travailler à vos côtés.

Monsieur le Docteur Philippe NAKPANE,

Médecin Directeur du Centre d'Examen de Santé de Pau, Médecin Coordonateur du réseau PYRADEC.

C'est un grand honneur pour nous que vous ayez accepté de juger notre travail. Recevez ici nos respectueux remerciements.

A Madame Christine MONTOUT,

Technicienne Supérieure Hospitalière au Département d'Informations Médicales et de Santé Publique.

Merci pour votre participation à ce travail et votre bonne humeur. Vous avez toujours été disponible pour réaliser les différentes statistiques ou répondre à mes questions.

Aux Services Statistique et Administratif de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Pau,

Merci de votre gentillesse et de votre participation à ce travail.

A l'ensemble des Médecins Généralistes,

Merci d'avoir accepté de nous répondre et d'avoir rendu ce travail possible.

A mes parents,

Merci de m'avoir soutenue pendant toutes ces années d'études, et pour l'accompagnement dans tous mes projets. Merci pour les valeurs que vous m'avez transmises et pour tout l'amour que vous m'apportez.

A Guillaume et Lisa,

Merci pour tous ces moments de bonheur partagés et de complicité. Je suis très fière de vous, Guigui et Lisou !

A Baptiste,

Merci de rendre ma vie si merveilleuse à tes côtés, pour ton amour, ta bonne humeur et la sérénité que tu m'apportes.

A ma belle famille,

Merci pour votre gentillesse, votre générosité, votre accueil chaleureux et votre soutien en toute circonstance.

A mes grands parents,

Merci pour votre générosité et tout ce que vous m'avez appris.

A mes Amis,

Merci pour tous ces moments de bonheur partagés et pour notre amitié qui se fortifie avec le temps.

Table des matières

INTRODUCTION	8
CONTEXTE.....	11
I. Définitions	11
A. La Santé	11
B. La précarité.....	12
C. Indicateurs de précarité	13
D. Les taux d'incidence et de mortalité	14
E. Le dépistage d'un cancer.....	14
F. Le Dépistage Organisé des cancers	14
1. Les conditions d'un DO.....	14
2. Gestion des DO des cancers	15
3. Calcul du taux de participation au DO.....	16
4. Calcul du taux d'exclusion du DO	16
5. Caractéristiques d'un test de dépistage.....	16
II. Patient en situation de précarité.....	17
A. Situation de précarité et couverture sociale.....	17
1. La Couverture Maladie Universelle de base (CMU de base).....	17
2. La CMU-Complémentaire (CMU-C)	17
3. L'Aide à la Complémentaire Santé (ACS).....	18
4. L'Aide Médicale de l'Etat (AME).....	19
B. Situation de précarité et Santé.....	19
1. Conséquences de la précarité sur le comportement et l'état de santé.....	20
2. Les déterminants sociaux de la Santé	22
3. Le score EPICES.....	23
C. Situation de précarité et mortalité par cancers	23
III. Dépistage Organisé des cancers.....	24
A. Dépistage Organisé du cancer colorectal.....	24
1. Epidémiologie.....	24
2. Population cible du test du DO du CCR	26
3. Test de dépistage utilisé.....	27
4. Modalités pratiques	27
5. Taux de participation.....	28

6.	Efficacité	29
B.	Dépistage Organisé du cancer du sein	29
1.	Epidémiologie.....	29
2.	Population cible du DO du cancer du sein	32
3.	Test de dépistage utilisé.....	32
4.	Modalités pratiques	33
5.	Taux de participation.....	33
6.	Efficacité	34
C.	Place du Médecin Généraliste dans le Dépistage Organisé des cancers	34
1.	Promouvoir la Santé	34
2.	Réduire les inégalités d'accès et de recours au DO des cancers.....	34
3.	Inclure les personnes ciblées dans les programmes de DO des cancers	35
4.	Favoriser l'adhésion du patient au DO des cancers	35
D.	Limites du Dépistage Organisé des cancers	35
1.	Freins à la réalisation du DO des cancers.....	35
2.	Situation de précarité et Dépistage Organisé des cancers.....	37
3.	Freins à la prescription du DO des cancers par les MG.....	38
IV.	Freins perçus par le Médecin Généraliste aux actions de prévention dans la population globale et chez les patients en situation de précarité	40
A.	Difficultés éprouvées par le Médecin Généraliste à faire de la prévention dans la population globale	40
B.	Difficultés éprouvées par le Médecin Généraliste envers le patient en situation de précarité	41
1.	Difficultés à évaluer la situation de précarité du patient.....	41
2.	Difficultés de prise en charge en consultation du patient en situation de précarité.....	42
C.	Difficultés éprouvées par le Médecin Généraliste à faire de la prévention chez le patient en situation de précarité	43
	ETUDE	44
I.	Introduction.....	44
II.	Matériels et méthodes	44
A.	Type de l'étude.....	44
B.	Populations étudiées.....	44
1.	Pour la première phase de l'étude	44
2.	Pour la seconde phase de l'étude	45
C.	Période de l'enquête	45
D.	Recueil des adresses des Médecins Généralistes.....	45

E.	Questionnaires	46
1.	Présentation des questionnaires.....	46
2.	Envoi des questionnaires.....	47
3.	Retour des questionnaires	47
F.	Analyse statistique	48
III.	Résultats	49
A.	Première partie de l'étude : questionnaires destinés aux Médecins Généralistes.....	49
1.	Taux de réponse	49
2.	Taux d'acceptation de participation à la seconde phase de l'étude.....	49
3.	Profil des MG répondant.....	49
4.	Critères retenus par les MG pour considérer la situation de précarité d'un patient.....	52
5.	Patients vus en consultation par jour et estimés en situation de précarité par le médecin traitant.....	54
6.	Médecin traitant et proposition du DO des cancers au patients en situation de précarité .	55
7.	Difficultés éprouvées à proposer le DO des cancers aux patients en situation de précarité	57
B.	Deuxième partie de l'étude : le questionnaire destiné aux patients	62
1.	Taux de réponse	62
2.	Profil de la patientèle du médecin traitant du patient	62
3.	Profil des patients inclus dans l'étude.....	62
4.	Situation de précarité des patients	64
5.	Données concernant le DO du CCR	65
6.	Données concernant le DO du cancer du sein	69
C.	Synthèse des résultats.....	73
IV.	Discussion	76
A.	Méthodologie	76
1.	Biais de sélection	76
2.	Recueil des données.....	77
3.	Une enquête déclarative	78
4.	Modalités de réalisation de l'étude.....	78
5.	Taux de participation.....	78
6.	Représentativité de l'échantillon des MG	79
7.	Caractéristiques des patients en situation de précarité	79
8.	Représentativité de l'échantillon des patients en situation de précarité	79
B.	Critères retenus par les Médecins Généralistes pour considérer la situation de précarité d'un patient	80

C.	Estimation de la situation de précarité des patients vus en consultation	81
D.	Prescription du DO des cancers par le Médecin Généraliste et réalisation du DO des cancers	81
1.	Prescription du DO des cancers par le MG.....	81
2.	Réalisation du DO des cancers par les patients.....	84
E.	Freins à la proposition du DO des cancers, perçus par le Médecin Généraliste, chez les patients en situation de précarité.....	85
1.	Influence de la précarité de la patientèle du MG.....	85
2.	Influence de la situation de précarité du patient lui-même	86
3.	Influence de la position du MG	87
4.	Influence des examens du DO des cancers	88
5.	Autres influences.....	89
F.	Freins à la réalisation des tests du DO des cancers par le patient en situation de précarité ..	89
1.	Pour le DO du CCR	89
2.	Pour le DO du cancer du sein	91
	CONCLUSION	93
	BIBLIOGRAPHIE.....	95
	LISTE DES ABBREVIATIONS	99
	LISTE DES TABLEAUX	101
	LISTE DES FIGURES.....	102
	ANNEXES.....	104
	SERMENT MEDICAL	121

INTRODUCTION

En France, en 2012, le nombre de nouveaux cas de cancer est estimé à 355 000 dont 200 000 chez l'homme et 155 000 chez la femme (1). Chez l'homme, le cancer colorectal (CCR) se situe au troisième rang des cancers incidents masculins (23 226 nouveaux cas), loin derrière le cancer de la prostate (53 465 nouveaux cas) et le cancer du poumon (27 500 nouveaux cas) (2). Chez la femme, les trois cancers les plus fréquents sont les cancers mammaire (48 763 nouveaux cas), colorectal (18 926 nouveaux cas) et pulmonaire (11 284 nouveaux cas) (3).

Le nombre de décès par cancer en 2012 est estimé à 148 000 dont 85 000 chez l'homme et 63 000 chez la femme. Le cancer du poumon est la première cause de décès par cancer chez l'homme devant le CCR et le cancer de la prostate. Chez la femme, le cancer du sein se situe au premier rang devant le cancer du poumon et le CCR (1).

Les CCR et du sein représentent en France un véritable enjeu de santé publique (4). Ils bénéficient à la fois d'un dépistage individuel et d'un Dépistage Organisé (DO) au niveau national pour les patients asymptomatiques ou considérés à faibles niveaux de risque, âgés de 50 à 74 ans. Ces stratégies de dépistage validées ont prouvé leur efficacité en termes d'impact sur la mortalité et ont conduit à la mise en place de programmes nationaux après des expériences pilotes (en 2004 pour le DO du cancer du sein et en 2008 pour celui du CCR).

Ainsi, sur la période 2011-2012 en France, parmi la population des personnes âgées de 50 à 74 ans (estimée à 17.9 millions d'individus), près de 5 millions de personnes ont réalisé un test de DO du CCR, ce qui représente une participation nationale de 31.7% (5). Sur la même période, pour le DO du cancer du sein, le taux de participation est de 52.7%, soit près de 2.5 millions de femmes dépistées au cours de cette période (6).

Ces taux de participation nationaux des DO restent en dessous des objectifs de participation fixés au niveau national (>50% pour le DO du CCR et >65% pour le DO du cancer du sein), pour une réduction optimale de la mortalité par ces cancers (respectivement de 15 à 20% pour le CCR, de 20 à 30% pour le cancer du sein) (7).

De nombreuses études ont été menées pour étudier le profil des patients ne participant pas aux DO des cancers, afin d'améliorer le taux de participation de la population cible.

Les populations en situation de précarité participent de façon moindre aux DO des cancers (8) (9) (10). Or, ces populations sont celles qui présentent le plus mauvais état de santé, des besoins de soins plus élevés et qui ont le plus de mal à se soigner (11). Cela accroît les inégalités sociales de santé déjà existantes. Pour les réduire, un certain nombre de mesures ont déjà été mises en place tant sur le plan social (généralisation de la protection sociale, amélioration de l'accès aux soins et aux Médecins Généralistes (MG)) que sur le plan politique.

En effet, la politique de prévention actuelle a pour vocation d'améliorer les conditions de vie et de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. L'accès aux soins et à la prévention des populations fragilisées constituent un objectif prioritaire de santé publique. Ces notions sont reprises dans le Plan Cancer 2009-2013 qui précise qu'il convient de « lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux dépistages » (7). Il précise également qu'il faut « impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage » et souligne l'importance du rôle du médecin traitant dans le DO des cancers. Ce dernier a un rôle de promotion de la Santé, de réduction des inégalités d'accès et de recours au dépistage, mais aussi un rôle dans l'adhésion du patient au DO des cancers.

Les MG sont convaincus à la fois de l'importance de leur rôle et de l'efficacité de l'acte de DO des cancers dans leur pratique (12) (13). Cependant, ils éprouvent des difficultés à réaliser, dans leur pratique, les actions de prévention dans la population générale (14), mais aussi dans la prise en charge elle-même des patients en situation de précarité (15) (16) (17). A notre connaissance, une seule étude (réalisée en 1999 en Belgique) a analysé les obstacles spécifiques perçus par le MG, à la prévention en médecine générale chez les patients de milieux défavorisés (14).

Dans ce contexte, nous avons voulu étudier en soins primaires les patients en situation de précarité et le DO des cancers.

Nous avons émis plusieurs hypothèses pour ce travail.

- *Les MG savent identifier le patient en situation de précarité suivant différents critères.*
Ces critères peuvent être ceux reconnus habituellement par les instances sanitaires et sociales, mais ils peuvent être aussi issus de la connaissance que le MG a de ses patients et de la relation qui se construit progressivement avec eux.
- *Les MG ne proposent pas aussi souvent le DO des cancers chez les patients en situation de précarité par rapport aux autres patients.*
Cela permettrait d'expliquer une plus faible adhésion des patients en situation de précarité au DO des cancers.
Soit les MG estiment que leur rôle est moins important dans cette population, soit ils proposent moins souvent le test, soit les MG éprouvent plus de difficultés à la proposition du DO des cancers chez les patients en situation de précarité que chez les autres. Quelles en sont les raisons ?
- *Le profil de la patientèle des MG influe sur la proposition du DO des cancers aux patients en situation de précarité.*
Les MG à forte patientèle précaire, sont censés mieux connaître les problèmes qui se posent aux patients en situation de précarité, par rapport aux MG moins souvent confrontés à cette population.
A l'inverse, les MG à faible patientèle précaire, ayant plus de difficultés dans l'évaluation de la situation de précarité du patient et dans la relation médecin-patient, les MG peuvent se

sentir moins concerné, moins à l'aise avec les besoins et les modes de fonctionnement spécifiques des patients en situation de précarité.

La proposition du DO des cancers pourrait être ainsi plus facile pour le MG à forte patientèle précaire que pour le MG à faible patientèle précaire.

La réalisation du DO des cancers par les patients en situation de précarité serait de ce fait plus importante si le MG a une plus forte patientèle précaire.

Les objectifs de notre étude sont donc les suivants :

- Evaluer la fréquence de prescription du DO des cancers par les MG.
- Observer s'il y a une différence de prescription par les MG et de réalisation des DO des cancers entre les patients en situation de précarité et les autres.
- Etudier la perception des MG sur les difficultés éprouvées à la proposition du DO des cancers chez les patients en situation de précarité et étudier les freins à la réalisation du DO des cancers chez les patients en situation de précarité.

CONTEXTE

I. Définitions

A. La Santé

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « la Santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (18).

La Santé constitue l'un des besoins fondamentaux de l'être humain, tels qu'ils ont été définis par Maslow. En 1943, le psychologue Abraham H. Maslow, a en effet décrit la hiérarchie de cinq besoins fondamentaux qui sont, de la base au sommet : (19)

- Les **besoins physiologiques** (le besoin de respirer, de boire, de manger, d'éliminer les déchets, de maintenir sa température corporelle, de réagir aux agresseurs microbiens : être propre, soigner et protéger ses téguments).
- Les **besoins de sûreté** et de **sécurité** (du corps, de l'emploi, de la santé, de la propriété,...).
- Les **besoins d'appartenance** et **d'affection** (l'amour, l'amitié, l'intimité, la famille, la sexualité).
- Les **besoins d'estime d'autrui** et **d'estime de soi** (la confiance, le respect des autres et par les autres).
- Le **besoin d'accomplissement personnel** (le moral, la créativité, la résolution des problèmes,...).

Cette hiérarchie des besoins a été représentée sous la forme de pyramide :

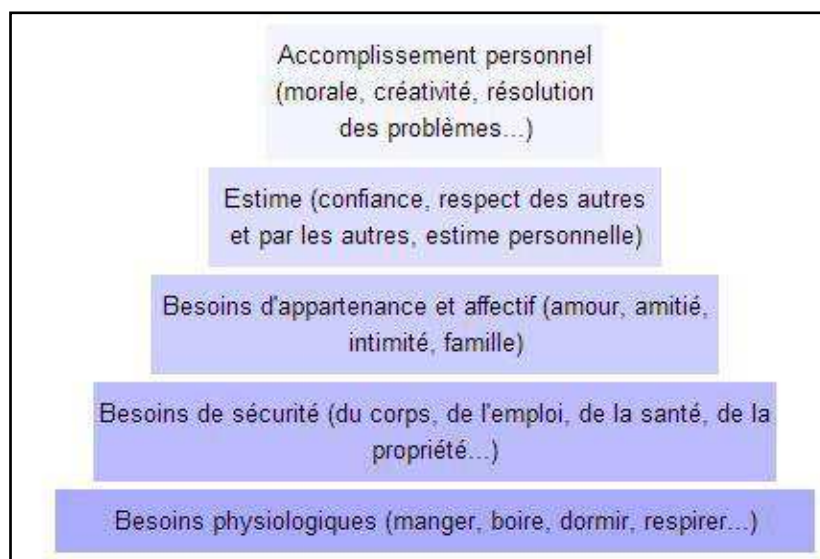


Figure 1 : Pyramide des besoins selon Maslow (19).

Ainsi, selon Maslow, la satisfaction des besoins fondamentaux de tout être humain passe d'abord par la satisfaction des besoins physiologiques de son organisme, car la Santé dépend dans un premier temps de la satisfaction de l'ensemble de ces besoins physiologiques (19).

Cette théorie est actuellement considérée comme un peu trop simpliste, mais son concept est suffisant en première intention pour explorer nos hypothèses de travail.

B. La précarité

La définition de la précarité (du latin *precarius* : ce qui s'obtient par la prière), est une définition très complexe et multidimensionnelle.

Elle apparaît dans toute sa complexité dès 1987, dans le rapport publié dans le Journal Officiel et présenté par Joseph Wresinski :

« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible » (20).

Une autre définition de la précarité retenue dans le rapport Lebas (en 1998) insiste sur l'impact que peut avoir le cumul des différentes dimensions de la précarité. Ainsi, *« la précarité est un processus et non un état – éventuellement réversible – où le cumul des handicaps économiques et sociaux, des difficultés des conditions de vie et de ruptures biographiques de tous ordres, est susceptible d'entraîner des situations de pauvreté effective, voire d'exclusion irréversible » (21).*

Ces deux définitions insistent beaucoup sur le caractère multidimensionnel de la précarité (économique, social, familial, etc.).

Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), le seuil de pauvreté, correspondant à 60% du niveau de vie médian de la population, s'établit à 977 euros mensuels en 2011 pour une personne vivant seule. 14.3% des personnes vivent en dessous de ce seuil, soit 8.7 millions de personnes en France dont 4.8 millions de femmes et 3.9 millions d'hommes (22).

D'après les données fournies par le Haut Comité de Santé Publique en 1998, la précarité est un phénomène massif qui toucherait 20 à 25% de la population française, soit 12 à 15 millions de personnes (23).

C. Indicateurs de précarité

Les Centres d'Examens de Santé (CES) ont identifié des catégories de personne devant bénéficier en priorité des examens périodiques de santé (selon l'article 2 de l'arrêté de 1992 du ministère des affaires sociales et de l'intégration) : (24)

- les bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion (RMI),
- les titulaires d'un contrat emploi solidarité,
- les personnes Sans Domicile Fixe (SDF),
- les jeunes âgés de 16 à 25 ans exclus du milieu scolaire et engagés dans un processus d'insertion professionnelle.
- les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU) (ajoutés en 2000).

En 2010, l'Insee a défini 4 indicateurs de précarité pour identifier d'éventuels espaces de précarité à travers une cartographie communale de la région Rhône-Alpes : (25)

- **L'indicateur de précarité monétaire** : il est déterminé à partir de :
 - la part des assurés sociaux de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) bénéficiant de la CMU-Complémentaire (CMU-C) (2009) ;
 - la part des personnes couvertes vivant sous le seuil des bas revenus (Caisse d'Allocations Familiales (CAF) 2009) ;
 - la part des allocataires dont les revenus dépendent à plus de 50 % des allocations (CAF 2009)
 - la part des personnes couvertes percevant un minima social : le Revenu de Solidarité Active (RSA) socle ou l'Allocation Adulte Handicapé (CAF 2009).
- **L'indicateur de précarité liée à l'emploi** : il est déterminé à partir de :
 - la part des demandeurs d'emploi de catégorie A, B et C inscrits à Pôle emploi parmi les actifs au recensement de la population 2008 (Pôle emploi 2009) ;
 - la part des demandeurs d'emploi de faible qualification (employés et ouvriers non qualifiés) de catégorie A, B et C inscrits à Pôle emploi parmi les actifs au recensement de la population 2008 (Pôle emploi 2009) ;
 - la part des demandeurs d'emploi de catégorie A, B et C inscrits à Pôle emploi au chômage depuis plus d'un an parmi les actifs au recensement de la population 2008 (Pôle emploi 2009).
- **L'indicateur de précarité liée aux familles en difficulté** : il est déterminé à partir de :
 - la part des allocataires CAF vivant sous le seuil des bas revenus et dans une famille monoparentale parmi les allocataires CAF, champs revenus (CAF 2009) ;
 - la part des allocataires CAF vivant sous le seuil des bas revenus et en couple avec deux enfants ou plus parmi les allocataires CAF, champs revenus (CAF 2009).
- **L'indicateur de précarité liée au logement**. Il est déterminé à partir de :
 - la part des personnes bénéficiaires d'une allocation logement (aide personnalisée au logement, allocation de logement sociale ou allocation de logement familiale) (CAF 2009).

D. Les taux d'incidence et de mortalité

Selon l'Insee, le taux d'incidence rapporte le nombre de nouveaux cas observés d'une pathologie pendant une période donnée (population incidente) à la population dont sont issus les cas, pendant cette même période (population cible). Il est l'un des critères les plus importants pour évaluer la fréquence et la vitesse d'apparition d'une pathologie. Il s'exprime généralement en «nombre de personnes pour 100 000 personnes par année», et permet ainsi de comparer des populations dans le temps.

Le taux de mortalité est le rapport du nombre de décès de l'année à la population totale moyenne de l'année.

Le taux de mortalité prématurée est le nombre de décès, au cours de l'année, d'individus âgés de moins de 65 ans, rapporté à la population totale des moins de 65 ans, de la même année.

E. Le dépistage d'un cancer

Le diagnostic précoce d'un cancer permet d'optimiser et d'améliorer l'efficacité de sa prise en charge.

Deux actions permettent ce diagnostic précoce : (4)

- la détection précoce : elle s'appuie sur la recherche et l'identification de signes cliniques ou de symptômes suggestifs de cancer. Ces signes sont appelés des signes d'alerte (c'est le cas par exemple pour le mélanome malin ou les cancers de la cavité buccale).
- le **dépistage** : il a pour objectif de mettre en évidence la présence d'un cancer en l'absence de signe clinique. Par rapport à l'histoire naturelle du cancer, il intervient en amont de la détection précoce et s'appuie sur un test dit de dépistage.

Le dépistage et la détection précoce s'adressent à une population a priori bien portante, ciblée sur un critère de risque de cancer.

Deux programmes nationaux de DO sont actuellement en vigueur en France. Le premier porte sur le **cancer du sein**, le second sur le **CCR**. En complément, plusieurs départements organisent des programmes pilotes de DO du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 65 ans.

F. Le Dépistage Organisé des cancers

1. Les conditions d'un DO

Pour faire l'objet d'un DO, une maladie doit répondre à un certain nombre de critères, selon l'OMS (Wilson JMG, 1968) :

- La pathologie étudiée doit être un **problème de santé publique**. Du fait de son incidence (355 000 nouveaux cas des cancers en France en 2012 (1)), et de part sa mortalité (148 000 décès par cancers en France en 2012 imputables aux cancers, soit la première cause de mortalité chez les hommes et la deuxième cause de mortalité chez les femmes (4)), les

cancers représentent un enjeu de santé publique, au regard des coûts humains et financiers de prise en charge (4).

- Un **test diagnostic** doit être **disponible, approprié et reproductible**. Il aide au diagnostic de la maladie à un stade précoce, stade pour lequel les résultats du traitement sont supérieurs à ceux obtenus à un stade plus avancé de la maladie. Il est en effet important de démontrer qu'il ne s'agit pas seulement d'une avance au diagnostic sans impact sur le pronostic. Le test doit montrer, comparativement à la population de référence, une différence significative en faveur de tumeurs de plus petite taille, d'extension locale ou à distance limitée (atteintes ganglionnaires et métastases). L'amélioration de la prise en charge thérapeutique à un stade précoce doit également être démontrée en termes d'efficacité, de pronostic, d'allègement de la prise en charge thérapeutique et de séquelles (4).
- **Les nuisances physiques et psychologiques engendrées par le dépistage doivent être inférieures aux bénéfices attendus**. Les principales nuisances d'un programme de dépistage sont liées aux risques de :
 - **faux positif** : le résultat du test de dépistage est annoncé positif, mais les examens complémentaires à visée diagnostique ne confirment pas la présence d'un cancer. Ceci expose inutilement les personnes concernées à des complications potentielles lors de la réalisation des examens complémentaires et à une anxiété générée par l'attente des résultats définitifs. Ils sont liés à la spécificité du test de dépistage et à la prévalence du cancer dans la population dépistée.
 - **faux négatif** : le résultat du test de dépistage est annoncé négatif alors que la personne a effectivement un cancer. Elle est donc considérée à tort comme n'étant pas atteinte de cancer. Ils sont liés à la sensibilité du test de dépistage et à la prévalence du cancer dans la population dépistée.
 - **sur diagnostic** : des cancers peuvent être détectés par le programme de dépistage alors qu'ils n'auraient jamais eu de conséquences cliniques dans la vie des patients (tumeurs indolentes, non évolutives voire régressives) et n'auraient donc pas été identifiés. Le sur diagnostic expose inutilement aux conséquences et aux risques liés aux examens complémentaires et aux traitements mis en œuvre.
 - **le coût du dépistage** et des prises en charges conséquentes doit pouvoir être supporté par la société.

La stratégie de dépistage est retenue si elle fait l'objet d'un rapport favorable entre son coût de mise en place et son efficacité attendue en termes de diminution du coût pour la société (4).

2. Gestion des DO des cancers

L'organisation locale et la promotion des programmes de DO qui existent actuellement pour le cancer du sein, le CCR et, dans quelques départements, pour le cancer du col de l'utérus, sont assurés sur le territoire par 89 structures de gestion départementales ou interdépartementales dont près de 90% sont de nature associative (4).

Ces structures sont financées par l'État, par l'Assurance maladie et, pour près de la moitié d'entre elles, également par les Conseils généraux. Celle de gestion du dépistage des cancers des Pyrénées-Atlantiques se nomme **PYRADEC**.

Ces structures ont pour missions de :

- gérer les fichiers des personnes ciblées par les dépistages et envoyer les lettres invitant les personnes à se faire dépister ainsi que les relances,
- participer à la sensibilisation et à l'information des populations concernées,
- organiser la formation des médecins et professionnels de santé sur les dépistages, et veiller à la qualité du dispositif,
- assurer une part logistique en organisant la seconde lecture des mammographies négatives en première lecture et en approvisionnant les médecins traitants en tests au gaïac,
- s'assurer du suivi des personnes (devenir des personnes et type de prise en charge) et collecter les données pour le pilotage et l'évaluation des programmes et les transmettre à l'Institut de Veille Sanitaire (InVS).

3. Calcul du taux de participation au DO

Le taux de participation est le rapport entre le nombre de personnes dépistées et la population cible du dépistage (hommes et femmes de 50 à 74 ans) dont sont soustraites les personnes exclues du dépistage (5). Il est défini, par exemple, sur la période 2011-2012 par :

$$\text{Taux de participation} = \frac{\text{Nombre de personnes ayant réalisé un test de dépistage sur la période 2011-2012}}{\text{Population Insee 50/74 ans – personnes exclues sur la période 2011-2012}}$$

4. Calcul du taux d'exclusion du DO

Le taux d'exclusion est le rapport entre le nombre de personnes exclues temporairement ou définitivement du programme de DO du CCR ou du cancer du sein (fourni par les structures de gestion selon un questionnaire annuel standardisé) et la population Insee cible du dépistage (hommes et femmes de 50 à 74 ans) (5). Il est défini, par exemple sur la période 2011-2012 par :

$$\text{Taux d'exclusion} = \frac{\text{Nombre de personnes de 50 à 74 ans exclues du dépistage sur la période 2011-2012}}{\text{Population Insee 50/74 ans sur la période 2011-2012}}$$

5. Caractéristiques d'un test de dépistage

a) *Sensibilité*

La sensibilité d'un test est la probabilité que ce test soit positif si la maladie est présente.

b) *Spécificité*

La spécificité d'un test est la probabilité que ce test soit négatif si la maladie est absente.

c) *Valeur prédictive positive*

La valeur prédictive positive est la probabilité que la maladie soit présente lorsque le test est positif.

d) *Valeur prédictive négative*

La valeur prédictive négative est la probabilité que la maladie ne soit pas présente lorsque le test est négatif.

II. Patient en situation de précarité

La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 stipule en son article 1^{er} : « *la lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de la dignité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation* ».

Ainsi, concernant l'accès financier aux soins des patients en situation de précarité, une couverture sociale spécifique a été mise en place.

A. Situation de précarité et couverture sociale

En 2012, en France, tout régime confondu, 2.9% de la population bénéficiait de la CMU de base, 7.2% bénéficiait de la CMU-C et 1.6% bénéficiait de l'Aide pour une Complémentaire Santé (ACS) (26).

1. La Couverture Maladie Universelle de base (CMU de base)

Depuis le 1er janvier 2000, la loi sur la CMU permet à toute personne, résidant en France de façon stable et régulière et qui n'est pas déjà couverte à quelque titre que ce soit par un régime obligatoire d'assurance maladie, de bénéficier de la sécurité sociale pour la prise en charge de ses dépenses de santé.

Le plafond annuel de ressources déterminant la gratuité ou non de l'affiliation à la CMU de base est fixé à **9 534 euros** par foyer pour la période du 1^{er} octobre 2013 au 30 septembre 2014 (soit 794.50€/mois).

L'affiliation à la CMU de base est gratuite pour les personnes dont le revenu fiscal est inférieur au seuil fixé ainsi que les bénéficiaires du RSA et les bénéficiaires de la CMU-C sont exemptés de cotisation. Cette affiliation est payante si le revenu fiscal de référence est supérieur à 9 534€. Les personnes doivent alors acquitter une cotisation annuelle de 8% sur le montant du revenu fiscal supérieurs à 9 534€ (27).

Au 31 Octobre 2012, 2 196 128 personnes bénéficiaient de la CMU de base, soit **2.9% de la population en France bénéficiant d'une couverture sociale**. Ces effectifs se sont stabilisés pour la CMU de base depuis Octobre 2011 pour l'ensemble du territoire (+0.2%) mais avec une baisse de 1.4% en métropole et une hausse de + 10.1% dans les Départements d'outre-mer (26).

2. La CMU-Complémentaire (CMU-C)

La CMU-C permet à toute personne, résidant régulièrement en France, de façon ininterrompue depuis plus de 3 mois et dont le revenu mensuel du foyer ne dépasse pas un certain seuil, de bénéficier d'une protection complémentaire gratuite et renouvelable. (cf. **tableau 1** ci-dessous)

L'affiliation à la CMU-C permet la prise en charge du ticket modérateur, du forfait journalier en cas d'hospitalisation et la dispense d'avance de frais. Elle permet également la prise en charge de certaines prestations (prothèses dentaires, lunettes...), au-delà des montants remboursables par l'assurance maladie et dans la limite de tarifs fixés par arrêté (27). L'ouverture des droits pour un an est conditionnée par le dépôt d'une demande auprès d'une Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).

Nombre de personnes composant le foyer	Montant du plafond en France Métropolitaine		Montant du plafond dans les Départements d'outre mer (sauf Mayotte)	
	annuel	mensuel	annuel	mensuel
1 personne	8 593€	716.1€	9 564€	797€
2 personnes	12 889€	1 074.1€	14 346€	1 195.5€
3 personnes	15 467€	1 288.9€	17 215€	1 434.6€
4 personnes	18 045€	1 503.8€	20 084€	1 673.7€
Au-delà de 4 personnes, par personne supplémentaire	+3 437.182€	+246.4€	+3 825.585€	+318.8€

Tableau 1 : Plafonds annuel et mensuel de ressources pour l'attribution de la CMU-C, applicable au 1^{er} juillet 2013. Selon la CPAM (27).

Dans la France entière, 4 502 572 personnes bénéficiaient de la CMU-C au 31 Octobre 2012, soit **7.2% de la population en France bénéficiant d'une couverture sociale**. Nous observons une progression de +2.4% de bénéficiaires de la CMU-C depuis le 3 Octobre 2011 (26).

Une étude de l'Insee, publiée en 2011, décrit l'accès à la complémentaire santé en fonction du niveau de revenus à partir de l'enquête *Budget de Famille* 2006. Elle analyse les barrières financières pouvant limiter l'accessibilité des ménages les plus modestes à une complémentaire santé. Elle a montré que la part des ménages pour lesquels il est possible de considérer que la complémentaire santé n'est pas accessible financièrement (car elle les conduirait à tomber en dessous du seuil de pauvreté) est de 18.5% pour l'ensemble de la population et de 10.3% en considérant uniquement les ménages non éligibles à la CMU-C (28).

Pour pallier aux difficultés de ces personnes quand au coût des complémentaires santé, l'ACS a été mise en place.

3. L'Aide à la Complémentaire Santé (ACS)

Ce dispositif concerne toutes les personnes dont les ressources sont faibles mais légèrement supérieures au plafond fixé pour l'attribution de la CMU-C. L'ACS ouvre droit à une déduction sur la cotisation auprès de l'organisme de protection complémentaire de la personne (27). Elle a été mise en place depuis le 1^{er} janvier 2012.

Elle donne droit au patient :

- à une attestation-chèque (pour chaque membre du foyer) à faire valoir auprès de l'organisme de protection complémentaire de son choix pour réduire le montant de sa cotisation annuelle, (Cf. **tableau 2** ci dessous)

- au bénéfice des tarifs médicaux sans dépassement d'honoraires dans le cadre du parcours de soins coordonnés, quel que soit le médecin, même s'il pratique des honoraires libres («secteur 2»), sauf en cas d'exigences particulières de la part du patient (visite en dehors des heures habituelles de consultation, visite à domicile non justifiée...),
- à la dispense d'avance de frais sur la partie prise en charge par l'Assurance Maladie lors de ses consultations médicales dans le cadre du parcours de soins coordonnés,
- à une dispense de cotisation s'il bénéficie de la CMU de base,
- à l'obtention de réductions de prix sur gaz ou l'électricité, sans démarche supplémentaire.

Age du bénéficiaire (au 1 ^{er} janvier de l'année en cours)	Montant de l'aide
Moins de 16 ans	100€
De 16 à 49 ans	200€
De 50 à 59 ans	350€
60 ans et plus	500€

Tableau 2 : Montant de l'aide pour une complémentaire santé en fonction de l'âge du bénéficiaire. Selon la CPAM (27).

Au 31 Octobre 2012, 91 596 personnes bénéficiaient de l'ACS, contre 89 064 en Janvier 2012, soit **1.6% de la population bénéficiant d'une couverture sociale**. On observe une progression de +2.8% des mois de Janvier à Octobre 2012 (26).

4. L'Aide Médicale de l'Etat (AME)

L'AME est destinée à permettre l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière au regard de la réglementation française pendant leur séjour en France. Elle est attribuée aux étrangers, résidant en France en situation irrégulière depuis plus de 3 mois et dont les ressources ne dépassent pas un certain plafond (le même que celui de la CMU-C).

Elle est attribuée sans condition aux mineurs dont les parents sont en situation irrégulière même lorsque ces derniers n'en bénéficient pas encore ou dépassent le plafond de ressources (29).

Elle peut exceptionnellement être accordée à titre humanitaire.

En 2012, **220 000 personnes** bénéficiaient de l'AME, ils seraient 270 000 en 2013 d'après les estimations.

B. Situation de précarité et Santé

Dans la définition de la précarité de J. Wresinski, les sécurités évoquées sont le travail, le revenu, le logement, la Santé, l'accès aux soins, l'accès à l'instruction, l'accès à la culture, le lien familial et social.

Les populations en situation de précarité ont des difficultés d'accès aux soins. En effet, les personnes les plus démunies de capital éducatif, économique ou social sont aussi celles qui ont un **état de santé global moins satisfaisant que la population générale**, des **besoins de soins les plus élevés** et celles

qui **ont le plus de mal à être soignées** (23). A contrario, l'état de santé peut lui-même influencer sur l'appartenance à une catégorie sociale.

La précarité constitue une **source d'inégalité sociale face à la Santé**.

Pour Aïach et Fassin : « *les inégalités sociales de santé sont l'aboutissement des disparités structurelles (ressources, logement, alimentation, emploi et travail, école et formation) qui caractérisent l'état de justice sociale dans un pays ou un territoire à un moment donné de son histoire et de son développement économique* » (30).

Elles sont donc qualifiées d'inégalités sociales de santé, dans la mesure où elles concernent un objet socialement valorisé (la Santé) et où elles renvoient à une hiérarchie sociale. Le principe de justice sociale est alors en cause. Ainsi, pour parler d'inégalités sociales de santé, quel que soit l'objet considéré, deux conditions doivent être réunies. D'une part, il doit s'agir d'un objet socialement valorisé, comme la Santé par opposition à la maladie, mais ce peut être également le sentiment de bien-être par rapport à la souffrance, ou des soins efficaces par rapport à d'autres qui ne le sont pas. D'autre part, cet objet socialement valorisé doit concerner des groupes sociaux hiérarchisés dans une position dominant-dominé : les classes sociales, les catégories socioprofessionnelles, les groupes différenciés en fonction du revenu, de la richesse, de l'instruction, du sexe ou de l'origine ethnique. Ainsi, les disparités constatées ne peuvent être qualifiées d'inégalités sociales que dans la mesure où elles ont des **effets négatifs sur la Santé en rapport avec des relations sociales hiérarchiques**. Sinon, il s'agit simplement de différences.

1. Conséquences de la précarité sur le comportement et l'état de santé

En 1999, les conséquences de la précarité sur le comportement et l'état de santé ont été décrites dans le rapport de la Commission nationale permanente de l'Ordre des Médecins. Il existe des traits communs qui sont plus fréquents dans la population dite précaire, tant sur le plan comportemental que sur le plan pathologique (31).

Sur le plan **comportemental**, une des formes de compensation au "mal être" ressenti par l'individu en situation de précarité se trouve :

- dans les conduites addictives (alcoolisme, tabagisme, toxicomanie),
- dans une surconsommation de tranquillisants et d'antidépresseurs,
- dans la fréquence des troubles du sommeil,
- ainsi que dans des états d'angoisse et d'anxiété, susceptible d'entraîner des comportements morbides et des tendances suicidaires.

Les **pathologies** les plus souvent rencontrées sont liées essentiellement à l'absence de soins, au défaut d'hygiène allant jusqu'au désintéressement total de son propre corps et l'absence de sensations du message de l'autre.

Elles sont, le plus fréquemment, d'origine :

- psychiatrique,
- dermatologique (gale, ulcère surinfecté, parasitose)

- infectieuse (hépatite C, VIH),
- traumatologique,
- rhinopharyngée et bronchopulmonaire (otite, sinusite, bronchite chronique, pneumopathies, tuberculose)
- digestive (épigastralgie)
- pathologie « de la famille » : le retentissement de la précarité sur la cellule familiale peut entraîner des divorces, maltraitance des enfants, ...

Même si l'état de santé de la population dans son ensemble s'est amélioré dans les dernières décennies et que l'espérance de vie de la population globale s'accroît, les inégalités sociales demeurent face à la mort. En effet, il persiste une **plus faible espérance de vie des hommes par rapport aux femmes** et **des ouvriers par rapport aux cadres** (32).

Depuis la seconde guerre mondiale, les hommes de 35 ans ont gagné 5 années d'espérance de vie et les femmes 4.5 années. Toutes les catégories sociales ont profité de ce progrès, même si les écarts entre les cadres et les ouvriers se sont maintenus. L'écart d'espérance de vie hommes-femmes est de 4.5 ans pour les cadres et de 7.8 ans pour les ouvriers. (Cf. **figure 2** ci-dessous)

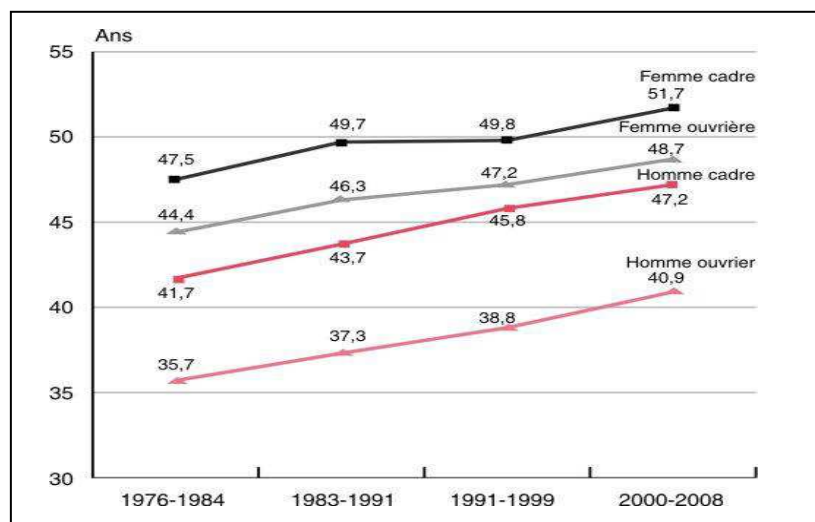


Figure 2 : Evolution de l'espérance de vie à 35 ans par sexe pour les cadres et les ouvriers en fonction des années. D'après l'Insee (32).

De plus, il persiste également un **risque de mortalité précoce plus élevé pour les ouvriers que pour les cadres** (32). Une des meilleures mesures du constat des inégalités sociales de santé est la relation entre la mortalité prématurée et la position sociale (11) (32).

D'après l'Insee (32), un homme de 35 ans, soumis toute sa vie aux conditions de mortalité de 2000-2008, a 13% de risque de mourir avant 60 ans s'il est ouvrier, contre 6% s'il est cadre (respectivement 5% et 3% pour une femme). De même, il a 27% de risque de mourir avant 70 ans s'il est ouvrier et 13% s'il est cadre (respectivement 11% et 7% pour une femme). Cependant, les écarts entre cadres et ouvriers s'atténuent avec l'âge.

Les auteurs expliquent les différences de mortalité retrouvées entre les catégories socioprofessionnelles (selon le sexe) par le cumul de différents facteurs notamment liés aux conditions de travail (rythmes décalés, risques d'accident du travail, exposition à des toxiques...) et

aux modes de vie (recours aux soins retardé, consommation d'alcool et de tabac, alimentation déséquilibrée). En effet, on constate chez les ouvriers des comportements de santé à risque, un moindre recours et accès aux soins, ou encore une obésité plus fréquents que chez les cadres (32).

Les inégalités sociales de santé concernent non seulement l'espérance de vie, mais aussi toutes les dimensions de la Santé, entraînant des inégalités dans la qualité de vie des personnes.

2. Les déterminants sociaux de la Santé

Les inégalités sociales croissantes de la Santé ont permis de comprendre que **la Santé est très influencée par des déterminants sociaux**. Ils ont été identifiés par l'OMS, depuis 2004, ainsi que leur(s) impact(s) sur la Santé.

Déterminants sociaux	Impact(s) sur la Santé
1-Gradient social	Les personnes situées au bas de l'échelle sociale sont très fréquemment exposées au risque de maladies graves ou de décès prématuré
2-Stress	Les facteurs psychosociaux associés au stress (<i>anxiété, sentiment de vulnérabilité, mauvaise opinion de soi-même</i>) ont des effets cumulatifs avec le temps et entraînent une dégradation de la Santé mentale en particulier
3-Petite enfance	Les fondements de la Santé de l'adulte prennent ancrage lors de la période prénatale et de la petite enfance
4-Exclusion sociale	L'exclusion sociale peut à terme avoir un impact sur les risques de séparation (<i>divorce, demandes d'invalidité, comportements à risque</i>)
5-Travail	Le stress au travail, un faible niveau d'autonomie, la charge de travail, une valorisation inadéquate, sont autant d'éléments pouvant avoir un impact sur l'état de santé, en termes de morbidité mais aussi de mortalité prématurée
6-Chômage	Les effets délétères sur la Santé peuvent s'initier dès que le travailleur sent que son emploi est menacé. Des maladies prolongées ou un état de santé mental déficient sont plus importants lorsque l'emploi est précaire ou lors de chômage par rapport à une situation d'emploi stable et satisfaisante
7-Soutien social	Lors d'isolement et d'exclusion, des taux plus élevés de décès prématuré (<i>notamment d'origine cardiaque</i>) ont été mis en évidence
8-Dépendances	Se réfugier dans l'abus de substances (<i>tabac, alcool, drogues illicites</i>) a pour impact notamment d'accroître les inégalités de santé
9-Alimentation	Bien qu'un régime alimentaire équilibré et un approvisionnement suffisant en denrées alimentaires soient essentiels pour un état de bonne santé et de bien-être, l'accessibilité à de telles denrées est très variable
10-Transports	Toutes les démarches visant à éviter la sédentarité améliorent d'une façon générale l'état de santé

Tableau 3 : Déterminants sociaux de la santé. Selon l'OMS (33).

Même si le fait de catégoriser la précarité expose aux dangers de stigmatisation et de renforcement des phénomènes de précarisation de ces populations (34), cela constitue aussi un outil utile et indispensable pour l'Action (21) (23), notamment pour le médecin de premier recours (33). Dans la prise en charge sociale ou sanitaire des usagers, les professionnels du soin ont besoin, à un moment donné, de décrire les populations qu'ils prennent en charge, mais aussi d'évaluer leurs actions. Les décideurs des établissements de soins ont besoin d'informations pour définir les priorités d'action, planifier, adapter l'offre de soins de leurs établissements et évaluer leurs effets.

Toutefois, il est difficile de définir des indicateurs opérationnels d'un point de vue pratique permettant d'appréhender au plus près les différentes dimensions de la précarité. En effet, dans les

déterminants sociaux de la Santé, la complexité de certaines questions et la difficulté de leur intégration dans l'anamnèse habituelle, rendent leur utilisation peu aisée en pratique clinique.

3. Le score EPICES

Le score EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examens de Santé (CES)), **conçu par les CES** est une **évaluation individuelle de la précarité et des inégalités de santé** (35). Il permet d'identifier des populations fragilisées socialement ou médicalement, qui échappent aux critères socio-administratifs habituels de repérage de la précarité, tels que le chômage, le RMI, la CMU ou les contrats aidés.

Ce score a été construit sur la base des déterminants matériels et sociaux de la précarité. Il consiste en un questionnaire de 11 questions à réponses binaires (oui/non) permettant d'établir un score allant de 0 à 100. Le seuil de 30 est considéré comme le seuil de précarité. (Cf. **annexe 1**)

C. Situation de précarité et mortalité par cancers

Il persiste des **inégalités sociales de mortalité par cancer** en France, plus marquées chez les hommes que chez les femmes.

Une étude, publiée en 2008, a décrit l'évolution temporelle en France des inégalités de mortalité en fonction des inégalités sociales. Cette étude est menée sur 4 périodes 7 ans (de 1968 à 1996) auprès des personnes âgées de 30 à 64 ans, à chaque début de période et nées en France métropolitaine (36). Les analyses ont été conduites pour la mortalité de l'ensemble des cancers et de leurs principales localisations. La situation sociale a été évaluée par le niveau d'études et séparée en 4 catégories : sans diplôme, certificat d'études primaire, BEP ou CAP et diplôme supérieur ou égal au Baccalauréat. La distribution du niveau d'étude ayant fortement évolué entre 1968 et 1990, les inégalités sociales de mortalité ont été quantifiées à l'aide d'Indices Relatifs d'Inégalités (IRI). Les IRI sont basés sur une mesure relative de la situation sociale pour chaque individu en fonction de la population ayant un niveau d'études supérieur au sien. Par exemple, un IRI supérieur à 1 signifie que le risque de mortalité augmente lorsque la situation sociale diminue. L'IRI quantifie l'importance de cette augmentation.

Pour les hommes, sur la période 1975-1990, on constate globalement de fortes inégalités sociales de mortalité par cancer (IRI de 1.9 [IC 95% : 1.7-2.2] pour la mortalité tous cancers).

Pour les femmes, les inégalités sociales sont moins marquées. (L'IRI pour la mortalité tous cancers vaut 1.2 [IC 95% : 1.0-1.5]). Aucune relation claire entre statut socio-économique et mortalité n'est notée pour la majorité des localisations des cancers.

Sur la période de 1990 à 1996, un peu moins de 40% des décès en excès observés parmi les hommes sans diplôme (par rapport à ceux ayant un diplôme supérieur ou égal au Baccalauréat) étaient des décès par cancer. Chez les femmes pour la même période, 30% des décès en excès observés parmi les femmes sans diplôme étaient des décès par cancer. (cf. **figure 3** ci-dessous)

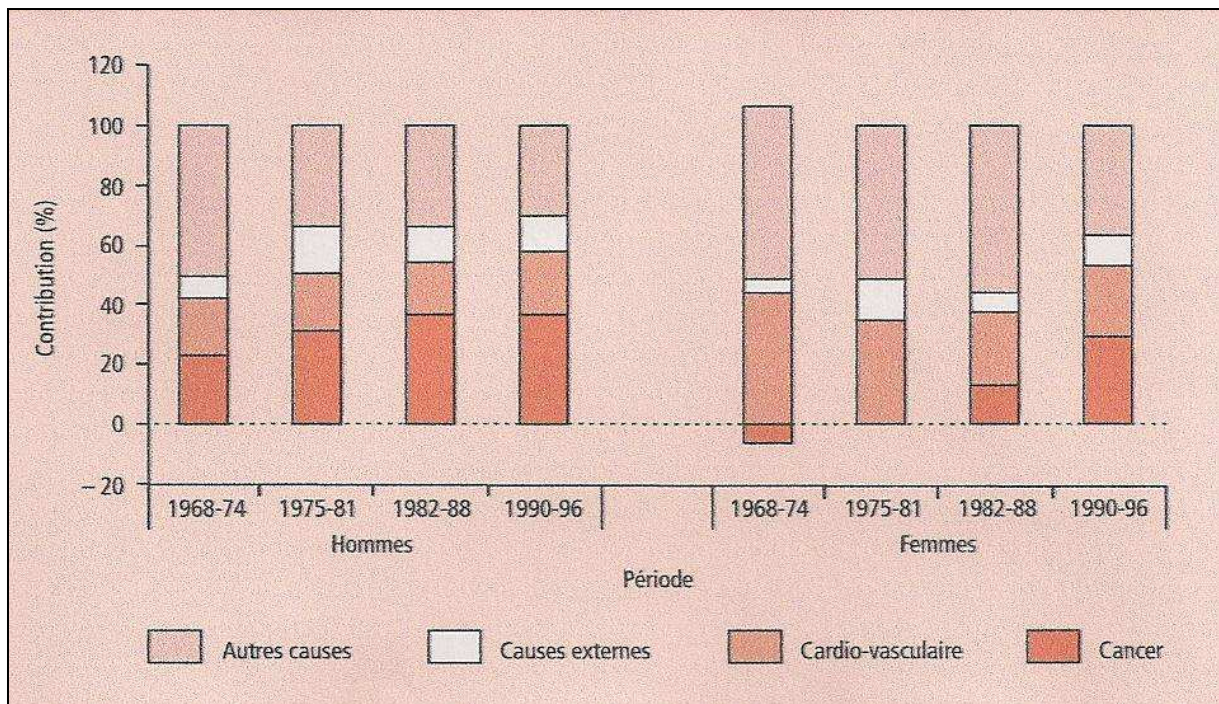


Figure 3 : Contribution, en pourcentage, des différentes causes de décès à la mortalité en excès parmi les personnes sans diplôme comparées à celles ayant un diplôme supérieur ou égal au baccalauréat en fonction de la période (hommes et femmes âgés de 30 à 64 ans en début de période), en France, 1968-1996. D'après l'Insee et l'Inserm (36).

Les inégalités sociales de mortalité par le CCR et le cancer du sein seront détaillées plus loin.

III. Dépistage Organisé des cancers

A. Dépistage Organisé du cancer colorectal

1. Epidémiologie

a) En France

- **Incidence du CCR :**

- Tous sexes confondus :

En 2012, le cancer du CCR se situe au **troisième rang des cancers les plus fréquents** après le cancer de la prostate et le cancer du sein (2).

- Chez l'homme :

Le CCR se situe au **troisième rang des cancers incidents masculins** avec 23 226 nouveaux cas estimés en 2012, loin derrière le cancer de la prostate (53 465 nouveaux cas) et le cancer du poumon (27 500 nouveaux cas).

- Chez la femme :

Il se situe au **deuxième rang** (18 926 nouveaux cas) derrière le cancer du sein (48 763 nouveaux cas) (2).

Le taux d'incidence (standardisé à la population mondiale) en 2012, est estimé à 38.4 pour 100 000 hommes et à 23.7 pour 100 000 femmes.

- **Mortalité par CCR :**

Le nombre de décès par CCR est estimé à 17 722 en 2012, dont 52% d'hommes (1).

Le taux de mortalité (standardisé à la population mondiale) est estimé à 13.3 pour 100 000 hommes et 7.9 pour 100 000 femmes.

- **Age moyen au diagnostic du CCR :**

L'âge moyen au diagnostic en 2005 est de 70 ans chez l'homme et de 73 ans chez la femme.

La survie nette des patients diagnostiqués entre 1989 et 2004, est de 79% à 1 an, et de 56% à 5 ans (2).

b) En Aquitaine

En 2005, le taux d'incidence (standardisé à la population mondiale) du CCR est estimé à 40.6 pour 100 000 hommes et à 25.2 pour 100 000 femmes. Soit 1 413 nouveaux cas chez les hommes et 1 159 chez les femmes (2).

c) Evolution

- **De l'incidence du CCR :**

Chez l'homme et la femme, l'**incidence**, qui avait augmenté jusqu'en 2000, se stabilise à partir de 2005 et **diminue** depuis (-0.3% par an chez l'homme et chez la femme) (1). (Cf. **figure 4** ci-dessous)

Chez l'homme, le taux d'incidence standardisé augmente de 0.3% par an entre 1980 et 2012 (34.7 cas pour 100 000 personnes-années en 1980 contre 38.4 cas en 2012) et, chez la femme, de 0.1% par an (23 en 1980 contre 23.7 en 2012).

- **De la mortalité du CCR :**

La **mortalité diminue régulièrement** chez l'homme comme chez la femme entre 1980 et 2012. La diminution est de 1.2% par an chez l'homme et de 1.4% par an chez la femme. L'accès au dépistage et la résection de lésions précancéreuses expliquent en partie cette diminution.

On ne constate plus d'évolution dissociée de l'incidence du CCR et de la mortalité. (Cf. **figure 4** ci-dessous)

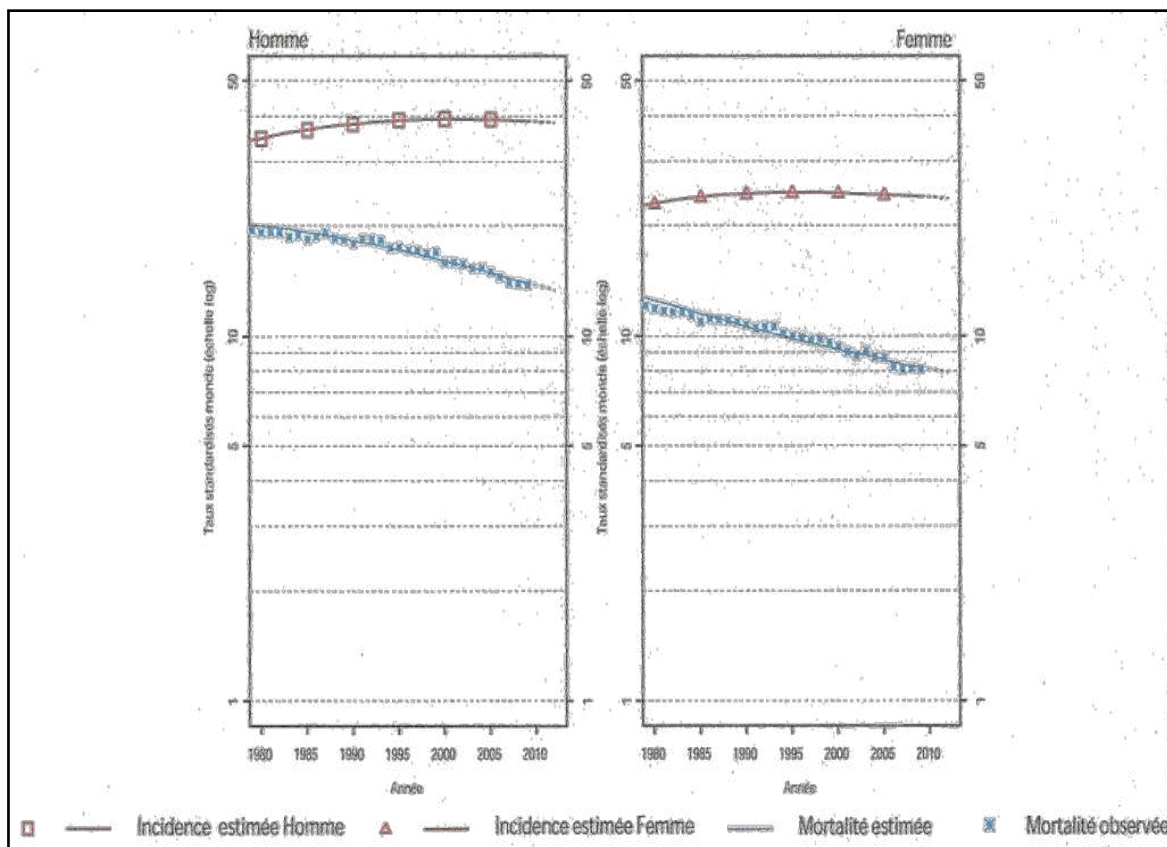


Figure 4 : Tendence chronologique des taux d'incidence et de mortalité estimés du CCR en France (standardisés monde pour 100 000 personnes-année). D'après l'INCa (1).

- **De la mortalité par CCR en fonction des inégalités sociales :**

Pour les hommes les inégalités sociales de mortalité par CCR sont faibles sur l'ensemble de la période de 1968 à 1996, à l'exception de la seconde période de suivi, de 1975 à 1981 (IRI=2.46 [IC 95% : 1.26-4.79]). A noter de 1990 à 1996 : l'IRI est de 1.63 [IC 95% : 0.91-2.90] (36).

Pour les femmes, il n'existe aucune relation claire entre statut socio-économique et mortalité par CCR (36).

2. Population cible du test du DO du CCR

Le DO du CCR concerne les patients : (8)

- asymptomatiques à **risque modéré de développer un CCR**, (Cf. annexe 3)
- des **deux sexes**,
- âgés de **50 ans à 74 ans**. En effet, la plupart des CCR sont des cas sporadiques dans ce groupe, l'incidence du CCR est très basse avant 50 ans. Pour les plus de 75 ans, les causes de décès, autres que le CCR, présentent des taux relativement élevés, si bien que le bénéfice/risque du dépistage est défavorable.
- n'ayant pas de contre indication (*altération de l'état général secondaire à un cancer autre que le CCR, état de santé rendant le dépistage inopportun*),
- n'ayant pas eu de coloscopie dans les 5 ans précédents,
- n'ayant pas eu de test de recherche de sang occulte dans les selles dans les deux années précédentes.

3. Test de dépistage utilisé

Le test actuellement utilisé est le test Hemocult II® non hydraté, qui est un **test au gaïac** (8). Il s'agit de l'examen de référence de par la combinaison de plusieurs qualités : simplicité de réalisation, bonne acceptabilité, faible coût, reproductibilité.

- La valeur prédictive positive du test au gaïac est de 7.5% pour un CCR et de 30 à 40% pour un adénome (dont 19.6% représentent des adénomes avancés).
- La sensibilité du test Hemocult® non réhydraté pour les cancers, estimée à partir des cancers d'intervalles dans les 1 à 2 ans, est de 55-57% (37).
- Une proportion non négligeable de tests (2 à 3%) n'est pas analysable du fait principalement d'un excès de dépôt de selles.
- Sa révélation repose sur une lecture visuelle non automatisable.

Cependant, le rapport d'évaluation publié par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2008 a mis en évidence l'intérêt de deux tests immunologiques (Magstream® et OC-Sensor®) par rapport au test au gaïac à la fois en termes de performance diagnostique (en fonction du seuil choisi les tests immunologiques ont une sensibilité comprise entre 70% et 85% et une spécificité proche de 95% et en termes de bénéfice/risque (37).

La procédure de dépistage, combinant un test immunologique de recherche de sang dans les selles et une coloscopie en cas de test positif, permet de détecter 2 à 2.5 fois plus de cancers et 3 à 4 fois plus d'adénomes avancés que la procédure combinant un test au gaïac à une coloscopie en cas de test positif. L'expérimentation menée dans deux départements utilisant le test OC-Sensor® montrait une détection de 71% de cancers de stade Tis (*in situ*) et de stades I et II, contre 55% pour le test au gaïac. Le nombre de coloscopies est 2 fois plus important avec le test au gaïac qu'avec la recherche de sang dans les selles (8).

Début 2012, le comité national stratégique des dépistages des cancers, instance de pilotage national prévue dans le Plan Cancer, présidée par la Direction générale de la santé, a donné un avis favorable au principe du passage aux tests immunologiques sur la base d'un prélèvement unique. (*Suite à l'avis favorable donné par l'HAS en 2008 (37) et à l'action 16.3 de « déployer progressivement l'utilisation du test immunologique de dépistage du CCR sur l'ensemble du territoire », prévue dans le Plan Cancer 2009-2013*) (7). Ce test devrait progressivement être mis en place en 2014.

4. Modalités pratiques

Il se réalise en 6 étapes : (38)

- Le **patient reçoit** tous les deux ans, de la structure de gestion du DO des cancers, un **courrier personnalisé** l'invitant à réaliser un dépistage du CCR. Ce courrier lui suggère d'aborder ce sujet avec son médecin traitant à l'occasion d'une prochaine consultation.
- Lors de la **consultation**, le médecin traitant doit **évaluer le niveau de risque de CCR** sur l'ensemble des personnes âgées de 50 à 74 ans, en fonction des symptômes, de leurs antécédents médicaux personnels et familiaux. Pour les patients présentant un risque élevé ou très élevé, le test de recherche de sang occulte n'est pas adapté et la conduite à tenir est différente. Il s'agit alors de réaliser un dépistage individuel du CCR. (Cf. **Annexe 2**)

- Si le patient ne présente pas de risque particulier, le **médecin traitant** doit **l'informer de l'intérêt et des limites du DO**, et lui **proposer le test** de recherche de sang dans les selles en lui expliquant comment l'utiliser.
- Le **patient réalise le test à son domicile** qui consiste en un prélèvement de 2 échantillons sur 3 selles consécutives qu'il dépose sur des plaquettes. Il **l'adresse** ensuite **au centre de lecture agréé** dans le cadre du DO, à l'aide d'une enveloppe T.
- **Sous une quinzaine de jours, le patient et le médecin traitant reçoivent le résultat du test** de dépistage.
 - Si le résultat du test est négatif (97 à 98%), le patient sera invité 2 ans plus tard à renouveler son test de dépistage. Il lui sera conseillé de consulter son médecin traitant dans l'intervalle en cas de symptômes évocateurs.
 - Si le résultat du test est positif (2 à 3%), le patient est invité à consulter son médecin traitant pour programmer une coloscopie de diagnostic au plus vite.

5. Taux de participation

a) Objectif européen du taux de participation

Le référentiel européen réalisé conjointement par l'European Commission, l'International Agency for Research on Cancer et la World Health Organization préconise un **taux de participation de la population cible supérieur ou égal à 45%** (8).

Ce référentiel est celui de l'ensemble des pays européens ayant mis en place un programme de DO du CCR.

b) Taux de participation en France

Le DO du CCR a été généralisé à l'ensemble du territoire depuis 2008.

Sur la période 2011-2012, la population des personnes âgées de 50 à 74 ans est estimée à 17.9 millions d'individus. Près de 5 millions de personnes ont réalisé un test de DO du CCR, ce qui représente une **participation nationale de 31.7%** (5).

La participation est stable par rapport à la participation pour la période 2010-2011 (32,1%). Elle est **inférieure à l'objectif européen minimal acceptable** de 45% de participation, loin derrière le taux souhaitable de 65%.

Des différences de participation sont identifiées :

- **en fonction du sexe** de la personne : elle est **plus élevée chez les femmes** (33.7%) que chez les hommes (29.6%), **quelle que soit la classe d'âge** observée.
- **en fonction de l'âge** : les personnes de **plus de 60 ans adhèrent davantage** au programme que les individus plus jeunes, quel que soit leur sexe. Cette caractéristique perdure de la période 2009-2010 à 2011-2012 (5).
- **en fonction de l'âge et du sexe** :
 - Chez les hommes : ce sont les individus âgés de 55 à 59 ans qui participent le moins au dépistage. A partir de 60 ans, la participation des hommes augmente avec l'âge pour atteindre son maximum (35.9%) pour la classe d'âge 70-74 ans.

- Chez les femmes : si la participation la plus faible est également observée chez les femmes les plus jeunes (moins de 30.5% de participation pour les femmes de moins de 60 ans), elle est maximale pour la tranche d'âge 65-69 ans (38.3%). Sur la période 2009-2010, la participation la plus élevée était observée pour la classe d'âge 60-64 ans mais c'est pour cette classe d'âge que la participation semble diminuer le plus fortement entre 2009-2010 et 2011-2012.
- **en fonction des régions et les départements** : le taux le plus élevé est enregistré pour l'Alsace (44.1%) et le plus faible pour la Corse (7.1%) (5).

c) Taux de participation en Aquitaine

Pour les années 2011-2012, le taux de participation au dépistage, en Aquitaine, tout sexe confondu, est de 32.4%. Celui-ci est plus élevé chez les femmes (34.3%) que chez les hommes (30.4%) (5).

d) Taux de participation dans les Pyrénées Atlantiques

Le taux de participation dans les Pyrénées Atlantiques, tout sexe confondu, est de 30% en 2012. Celui-ci est de 32% chez les femmes et de seulement 27.6% chez les hommes (5).

6. Efficacité

Les données de la littérature internationale montrent que chez les personnes asymptomatiques âgées de 50 à 74 ans, réalisant un test de recherche de sang occulte dans les selles tous les 2 ans (test suivi d'une coloscopie en cas de positivité), il est possible de **diminuer de 15 à 20% la mortalité par CCR si le taux de participation de la population cible atteint 50%**.

Ces données ont été corroborées par celles issues d'une étude de cohorte française ayant inclus 91 200 personnes, âgées de 45 à 74 ans, qui ont fait un test de dépistage tous les 2 ans. La réduction de mortalité par CCR a atteint 15% à 18% après 10 ans de suivi dans ces populations dont la participation au DO du CCR était de 60% (39).

B. Dépistage Organisé du cancer du sein

1. Epidémiologie

a) En France

- **Incidence du cancer du sein** :
En France, en 2012, le cancer du sein est **le cancer plus fréquent** en termes d'incidence **chez la femme** (48 763 nouveaux cas). Il en est de même dans l'Union européenne et aux États-Unis.
Le taux d'incidence (standardisé à la population mondiale) en 2012 est de 88 pour 100 000 femmes (3).

- **Mortalité par cancer du sein :**

Le nombre de décès par cancer du sein est de 11 886 en 2012 (3).

Le taux de mortalité (standardisé à la population mondiale) est de 15.7 pour 100 000 femmes.

- **Age moyen au diagnostic du cancer du sein :**

L'âge moyen au diagnostic en 2005 était de 61 ans (3).

Le cancer du sein est un **cancer de très bon pronostic**. En effet, sa survie nette est de 97% à 1 an, et de 89% à 5 ans pour les cancers diagnostiqués entre 1998 et 2004. Elle s'est améliorée au cours du temps puisqu'elle était de 81% à 5 ans pour les cancers diagnostiqués entre 1989 et 1991.

b) En Aquitaine

En 2010, 2 737 nouveaux cas du cancer du sein ont été recensés en Aquitaine, soit un taux d'incidence (standardisé à la population mondiale) de 91.9 pour 100 000 femmes (3).

c) Evolution

- **De l'incidence du cancer du sein :**

L'incidence de ce cancer a beaucoup augmenté entre 1980 et 2000 mais elle est **en diminution** depuis 2005. En effet, le taux d'incidence standardisé a augmenté de 1.4% par an en moyenne entre 1980 et 2012 mais on observe une diminution de 1.5% par an entre 2005 et 2012 (56.3 cas pour 100 000 personnes-années en 1980, 97.8 en 2005 et 88 en 2012) (1). (Cf. **figure 5** ci-dessous)

La diminution de l'incidence concerne principalement les tumeurs diagnostiquées à un stade précoce (T1/T2-N0-M0) et est surtout observée dans le groupe des femmes âgées de 50 à 74 ans. Cette baisse de l'incidence depuis 2005 pourrait être liée la diminution de la prescription de traitements hormonaux de la ménopause mais également d'autres facteurs comme l'effet de saturation du DO ou individuel (1).

- **De la mortalité par cancer du sein :**

La mortalité est restée relativement stable jusqu'aux alentours de 1995 malgré une forte augmentation de l'incidence durant cette période. Depuis, elle **a diminué** significativement jusqu'en 2012. On constate en effet une diminution moyenne de la mortalité de 0.6% par an entre 1980 et 2012, et de 1.5% par an entre 2005 et 2012. (Cf. **figure 5** ci-dessous)

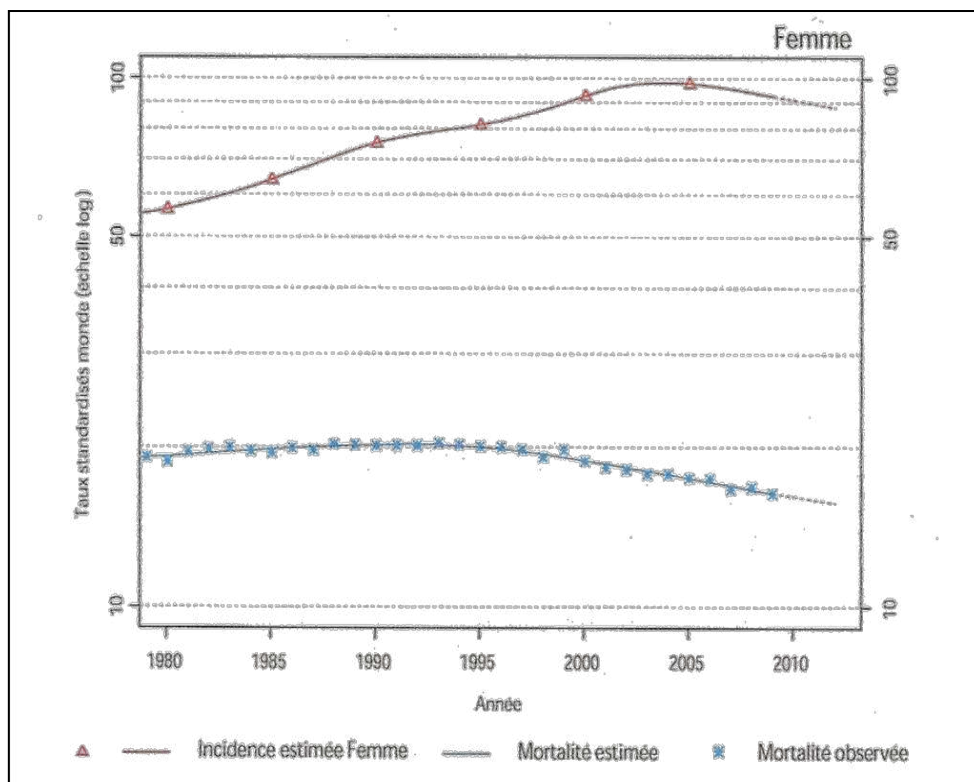


Figure 5 : Tendence d'évolution chronologique des taux d'incidence et de mortalité estimés du cancer du sein en France (standardisés monde pour 100 000 personnes-années). D'après l'INCa (1).

- **De la mortalité par cancer du sein en fonction des inégalités sociales :**

Une évolution nette des inégalités sociales de mortalité par cancer du sein est observée depuis 1968.

- De 1968 à 1988, les taux de mortalité pour cette cause de décès étaient plus élevés parmi les femmes les moins diplômées (36). (cf. **figure 6** ci-dessous)
En effet, les femmes ayant une situation sociale élevée avaient à la fois les taux d'incidence les plus élevés et la meilleure survie (meilleur accès aux soins, recours au dépistage plus important). Les inégalités sociales de mortalité combinaient donc deux situations opposées, les femmes ayant une faible situation sociale étaient favorisées pour l'incidence (précocité de leurs grossesses et plus grand nombre d'enfants, deux facteurs protecteurs pour le cancer du sein), mais défavorisées pour la mortalité.
- Les différences sociales de mortalité ont diminué pour disparaître au cours de la période la plus récente. Actuellement, **il ne subsiste plus de différence de mortalité en fonction du niveau d'études**. Cela s'explique en partie par la perte de la situation favorisée des femmes peu diplômées vis-à-vis de l'incidence et d'une amélioration de la survie pour les femmes les plus diplômées (36). (cf. **figure 6** ci-dessous)
En effet, des évolutions temporelles ont été observées à la fois pour les aspects liés à l'incidence et à la survie. Les différences d'âge à la première grossesse en fonction du niveau d'études ont eu tendance à diminuer, ce qui a réduit les différences sociales d'incidence du cancer du sein. Par ailleurs, depuis 1968, les traitements se sont améliorés et les pratiques de dépistage se sont généralisées.

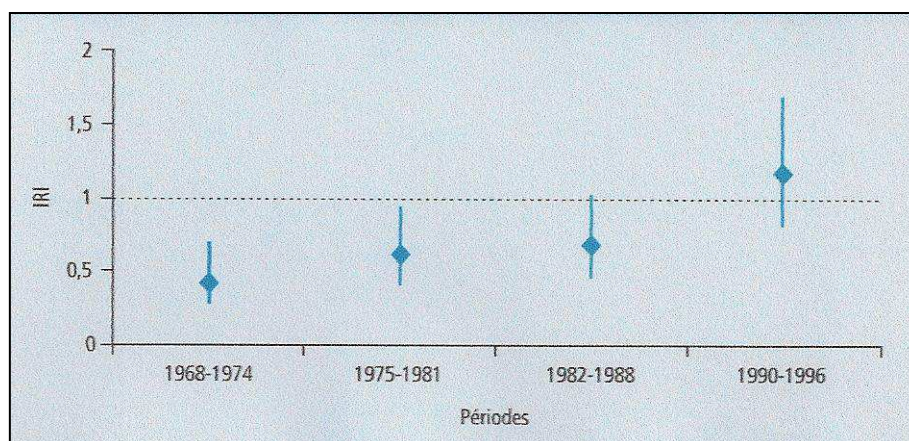


Figure 6 : L'IRI selon le niveau d'études pour la mortalité par cancer du sein en fonction de la période 1968-1996 en France. D'après l'Insee et l'Inserm (36).

2. Population cible du DO du cancer du sein

Le programme national de DO du cancer du sein cible les femmes de 50 à 74 ans sans symptôme apparent ni antécédent de cancer du sein (40).

Ne sont pas éligibles au programme de DO les femmes à risque élevé et très élevé du cancer du sein. (Cf. **annexe 3**)

3. Test de dépistage utilisé

La mammographie demeure le test de référence en matière de dépistage du cancer du sein pour les femmes à risque moyen.

Comme pour tout dépistage, les personnes dont le test est dit anormal doivent bénéficier d'examens complémentaires pour affirmer le diagnostic et donc de la nécessité d'un traitement.

La **sensibilité** de cet examen est de **66 à 90%** et sa **spécificité** d'environ **95%** (mammographie seule) pour les femmes de plus de 50 ans. Sa valeur prédictive positive est globalement inférieure à 12%.

Dans le cadre du programme de DO, toutes les mammographies interprétées normales par un premier radiologue sont systématiquement relues par un second radiologue : c'est le principe de la **« seconde lecture »**. Il s'agit d'une spécificité du programme français dont l'objectif est la détection de cancers non repérés en première lecture sans pour autant générer trop de faux positifs. Les évaluations nationales du programme de DO de l'InVS montrent que 9% des cancers dépistés le sont grâce à cette seconde lecture (40).

Les radiologues ont une obligation de formation spécifique lorsqu'ils travaillent dans le cadre du programme national et doivent justifier d'un niveau d'activité important en matière de lecture (seuil fixé à au moins 500 mammographies par an). Les radiologues réalisant la seconde lecture doivent, quant à eux, justifier de la lecture d'au moins 2 000 mammographies par an (40). Un contrôle qualité des mammographes est rendu obligatoire tous les semestres dans le cadre du programme national de DO.

4. Modalités pratiques

Il s'agit d'un programme instauré par les pouvoirs publics pour les femmes de 50 à 74 ans et généralisé à l'ensemble du territoire, depuis 2004. Ce dépistage répond à un cahier des charges précis selon l'Arrêté du 29 septembre 2006 publié au Journal officiel le 21 décembre 2006 (40).

Le programme de DO du cancer du sein repose sur l'**invitation systématique**, par **courrier** de l'ensemble des **femmes de 50 à 74 ans, sans facteur de risque élevé identifié**, à bénéficier tous les deux ans d'un **examen clinique des seins par un radiologue agréé** (centre privé ou public), ainsi que d'une **mammographie de dépistage avec deux incidences pour chaque sein** (face et oblique externe). Ces examens sont pris en charge à 100% dans le cadre du tiers payant (sans avance de frais).

En pratique, au moment du dépistage, si la mammographie est anormale, le résultat est immédiatement communiqué à la patiente par le radiologue qui réalise un bilan complémentaire immédiat. Il lui explique les démarches à suivre et l'oriente vers son médecin traitant ou son gynécologue. En revanche, si la mammographie est normale, elle est transmise au centre de gestion pour une seconde lecture par un autre radiologue. Les résultats définitifs (normaux ou anormaux) sont ensuite adressés au médecin traitant et à la patiente.

5. Taux de participation

a) Objectif européen du taux de participation

Le **référentiel européen** mis à jour en 2006 préconise un **taux de participation de la population cible supérieur ou égal à 70%**. Ce référentiel est celui de l'ensemble des pays européens ayant mis en place un programme de DO.

b) Taux de participation en France

En France, l'objectif du Plan Cancer 2009-2013 est une participation supérieure à 65% à l'échéance du plan.

En 2012, le **taux de participation** France entière est de **52.7 %**, soit près de 2 500 000 femmes dépistées au cours de l'année (6).

Les taux publiés précédemment étaient de 40.2% en 2004 ; 44.8% en 2005 ; 49.3% en 2006 ; 50.8% en 2007 ; 52.5% en 2008 ; 52.3% en 2009 ; 52% en 2010 et 52.7% en 2011 (6). Pour la période 2011-2012, qui correspond à une « campagne » de dépistage, environ 4.9 millions de femmes ont été dépistées contre environ 4.8 millions en 2010-2011.

La participation au DO est inégale selon les régions et selon les départements. En effet, certaines régions présentent pour la période 2011-2012 des taux de participation supérieurs à 60% (Pays-de-la-Loire, Limousin, Bretagne, Centre) tandis que d'autres ont des taux inférieurs à 45% (Corse, Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur) (6).

c) Taux de participation de la population cible en Aquitaine

En 2012, le taux de participation au DO du cancer du sein en Aquitaine est de 58.9% (6).

d) Taux de participation dans les Pyrénées Atlantiques

Il est de 58.1% dans les Pyrénées Atlantiques, en 2012 (6).

6. Efficacité

Selon les études, le recours au DO pourrait **réduire la mortalité par cancer du sein de 20 à 30% dans la population concernée**, dans l'hypothèse où au moins **70% des femmes ciblées y participeraient** (40).

C. Place du Médecin Généraliste dans le Dépistage Organisé des cancers

1. Promouvoir la Santé

Le rôle de promotion de la santé est à la fois lié à l'exercice de MG en tant que tel, mais aussi à la politique de prévention et de lutte contre le cancer en vigueur en France.

En effet, selon la WONCA Europe (World Organization of Family Doctors), le MG doit « promouvoir l'éducation pour la santé en appliquant de manière appropriée des stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies » (41).

De plus, la mesure 16 du Plan Cancer 2009-2013, précise qu'il faut « **impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage** » des cancers (7).

Le MG a bien **conscience de l'importance de son rôle dans l'action spécifique de la santé publique**.

Plusieurs études ont montré que les MG sont convaincus à la fois de l'importance de leur rôle et de l'efficacité de l'acte de dépistage organisé des cancers dans leur pratique (12) (13). Pour la plupart d'entre eux, le DO des cancers est simple et de qualité (12). De plus, ils perçoivent ce **rôle** comme **indispensable**, pour la plupart d'entre eux. En effet, 66% des MG considèrent leur rôle dans le DO du CCR comme étant indispensable. Ils sont presque autant (60%) à afficher cette opinion pour le cancer du sein (12).

2. Réduire les inégalités d'accès et de recours au DO des cancers

La mesure 14 du Plan Cancer 2009-2013, précise que les professionnels de santé (dont **les MG**) **doivent être mobilisés afin de réduire les inégalités d'accès et de recours au dépistage des patients** (7).

En effet, des actions de sensibilisation des personnes ayant des problèmes d'accès aux soins sont préconisées aux MG, afin de mieux les intégrer dans les programmes de DO des cancers (sein, colorectal, utérus) (7).

3. Inclure les personnes ciblées dans les programmes de DO des cancers

Le MG a un rôle « actif » dans le DO des cancers car il propose au patient la stratégie de détection précoce et de dépistage adaptée à celui-ci. Ceci est d'autant plus vrai dans le DO du CCR car le dépistage est remis au patient par le médecin traitant.

4. Favoriser l'adhésion du patient au DO des cancers

Dans le DO des cancers, plusieurs études ont établi le **rôle primordial du médecin traitant** pour faire adhérer les patients aux démarches (9) (42).

En effet, la **relation médecin-patient** (9) (39) (42) (43) et le **suivi régulier** du patient (44) permettent d'augmenter la réalisation des tests de dépistage par les patients ainsi que la compréhension des patients des dispositifs du DO des cancers. De plus, en cas de test positif, le médecin traitant doit convaincre son patient de la nécessité de réaliser les examens complémentaires (45).

Lorsque le test de dépistage du CCR est remis et expliqué par le MG, plus de patients le réalisent.

Une étude avait montré que 62% des personnes de la population cible se souvenaient avoir reçu la lettre d'invitation au dépistage mais seulement 42% en avaient parlé avec leur médecin traitant. Mais lorsque le test était expliqué et remis par le médecin traitant au cours de la consultation, 89% des personnes interrogées déclaraient l'avoir effectué (46).

Une autre étude avait analysé l'expérience des départements pilotes et avait montré que 85% des tests remis par les MG sont réalisés par les patients (versus 15% en cas d'envoi postal direct) (45).

Par rapport au rôle du MG dans le DO des cancers, celui-ci perçoit des freins à plusieurs niveaux que nous détaillerons plus loin.

Malgré les actions mises en place pour favoriser l'adhésion au DO des cancers, le taux de participation au DO des cancers en France reste encore insuffisant.

D. Limites du Dépistage Organisé des cancers

1. Freins à la réalisation du DO des cancers

a) Du DO du CCR

(1) Les freins à la participation des patients cibles au DO du CCR

Les principaux freins à la participation au DO du CCR sont :

- **La réalisation du test de dépistage au domicile.** Cette modalité de dépistage nécessite une démarche active de la part du patient, d'autant plus qu'une manipulation des selles est nécessaire (8).

- **La modalité du test de dépistage** en lui-même. Celui-ci sera amélioré par la mise en place prochaine du test immunologique. Sa réalisation est plus simple que celle du test au gaïac : un prélèvement de selles unique contre six sur trois jours, une technique de prélèvement plus fiable qui limite le contact avec la selle et une ergonomie du test mieux étudiée, ce qui est susceptible d'impacter l'acceptabilité du test par la population (8).
- **La méconnaissance des modalités** du DO du CCR (8).
- **Le célibat**. En effet, le fait de ne pas vivre en couple diminue la réalisation d'un dépistage, surtout pour les hommes (47).
- **Le manque d'intérêt** (45).
- **L'absence de symptôme** (et la confusion entre dépistage et diagnostic) (45).
- **La peur du diagnostic** (45).

(2) Les populations cibles moins participantes au DO du CCR
Les populations susceptibles d'une moins bonne participation au DO du CCR sont :

- Les hommes et les femmes les plus jeunes (50-60 ans) (8) (47).
- Les personnes d'origine migrante (8).
- Les professions indépendantes (commerçants, artisans, professions libérales), traditionnellement peu ancrées dans le parcours de santé (8).
- Les **populations en situation de précarité** (8) (47).
- Le sexe masculin quelle que soit la catégorie d'âge (par comparaison aux femmes) (8).
- Les personnes en marge du système de soins (8).

b) Du DO du cancer du sein

(1) Les freins à la participation des patientes cibles au DO du cancer du sein

Selon le rapport de la HAS en 2010, le taux global de participation au DO masque des réalités contrastées en fonction des territoires et/ou des populations (40).

Plusieurs études ont étudié les freins à la participation de la population cible au DO du cancer du sein :

- les **territoires fortement urbanisés et à fortes densités médicales en gynécologues et radiologues libéraux**. Mais il existe un recours plus élevé au dépistage individuel dans ces territoires (40).
- les **femmes en situation de précarité** et/ou en situation **socio économiquement défavorisées** (40). En particulier, un lieu de résidence peu favorisé influe négativement la participation au DO du cancer du sein (9) (48).
- **certaines classes d'âge**. Notamment chez les plus jeunes (**juste après 50 ans**) et les plus âgées (**de 70 à 74 ans**) qui ont un recours de façon plus importante au dépistage individuel avant 50 ans. Il existe une transition de ces femmes vers le DO qui s'effectue très progressivement, mais les femmes les plus âgées se démobilisent ensuite du DO, en lien avec

l'arrêt du suivi gynécologique et/ou les difficultés pour le programme à fidéliser les femmes (40).

- les **problèmes qui conduisent à accentuer les difficultés d'accès aux soins** (autres priorités, recours vécus comme complexes ou intrusifs) se retrouvent avec le DO (9).
- **Sentiment de moindre qualité** éprouvé par le **patient**, ressentit du fait du caractère « organisé » du dépistage (9).
- Une **expérience** de la patiente ou de ses proches, **traumatique ou critique de la médecine et de ses institutions**. Cela peut déterminer négativement leur position à l'égard d'un dispositif de DO fortement médicalisé (9).

(2) Les populations cibles non participantes au DO du cancer du sein

Ainsi, les populations susceptibles d'une moins bonne participation au DO du cancer du sein sont:

- les femmes âgées d'un peu plus de 50 ans et celles de 70 à 74 ans (40).
- les femmes avec un handicap visuel ou auditif (10).
- les femmes présentant un suivi médical irrégulier ou des pratiques de dépistages peu fréquentes (44).
- les femmes les plus favorisées socialement (qualifiées de « maîtresses de leur destinée » en matière de santé) (9).
- Les **femmes en situation de précarité** (40) et les plus défavorisées socialement (qualifiées de « vulnérables ») (9) ou de grande précarité, exclues du système (9).
- Les femmes vivant en milieu rural (9).
- Les femmes étrangères (9).

2. Situation de précarité et Dépistage Organisé des cancers

Ce sont les **populations en situation de précarité** qui participent de façon moindre aux DO des cancers (8) (9) (10).

De nombreuses études ont étudié le **profil de ces patients** en situation de précarité.

Une étude menée en 2003, en France, sur les facteurs sociaux et l'absence de participation aux campagnes de DO du cancer du sein a permis d'identifier un profil de femmes « vulnérables » (les plus socialement défavorisées) (9).

- Il s'agit de femmes de 65 ans et plus, en situation de vulnérabilité (sociale, économique, identitaire,...), avec une vision fataliste des maladies, dont l'entourage l'encourage à s'occuper de sa santé. Mais elle n'a pas bien identifié ni compris le sens du courrier l'invitant à participer à la campagne de dépistage (ne se sentait pas concernée). Elle n'a jamais été dépistée ou alors l'a été depuis plus de quatre ans ; cet acte n'a pour elle aucun sens préventif.

- Elle ne fréquente pas un gynécologue mais fréquente régulièrement un MG qui ne semble pas avoir une attitude entreprenante à l'égard du dépistage du cancer du sein, ni ne l'encourage à participer aux campagnes de dépistage.
- Elle a une expérience souvent traumatisante de la médecine institutionnelle. Lorsqu'elle est insatisfaite des services de soins, elle les contourne plutôt qu'elle ne les affronte.
- Elle connaît souvent des femmes proches qui ont eu un cancer du sein mais, si elle a peur du cancer, elle pense que la médecine peut le guérir dès qu'il se manifeste par des signes clairement détectables par elle (douleurs, masse anormale, fatigue inexplicquée, perte de poids...).

Une autre étude réalisée en 2008 dans le département d'Ille-et-Vilaine (35), visant à sensibiliser et mobiliser les personnes en situation de précarité sur le dépistage des cancers (49), a permis de montrer une évolution du profil des ces patients par rapport à 2003 (9).

En effet, ils connaissent les informations, les techniques, l'intérêt du DO et identifient les facteurs de risque de cancer (49).

Cependant, ils ne réalisent toujours pas de lien entre la considération des risques et le déclenchement de comportements en réponse. Ils établissent pour certains, selon leur mode de vie et leurs comportements, une échelle de risques qui leur est propre. Ils développent en réponse des stratégies de dépistage qui peuvent coïncider ou non avec les campagnes organisées. La participation aux dépistages du cancer n'est donc toujours pas inscrite dans les parcours de soins des personnes en situation de précarité comme devant être répétée et régulière. Les pratiques de dépistages peuvent être ponctuelles et/ou isolées sur un seul dépistage (49).

Il a été également montré que la diffusion sous différentes formes de messages de sensibilisation ne semble pas avoir d'influence directe sur la réalisation du test de dépistage. Le recours aux DO du cancer du sein et du CCR par les populations en situation de précarité répond aux mêmes logiques d'inégalités de santé et de disparité vis-à-vis de l'accès aux soins que pour l'ensemble des besoins en santé (49).

3. Freins à la prescription du DO des cancers par les MG

- **La vérification de la réalisation des actes de dépistage en consultation par le MG est encore hétérogène.**

Le dépistage du CCR est encore insuffisamment inscrit dans la pratique du MG (45).

Les MG qui ont une patientèle importante (>25 patients/jour) sont ceux qui déclarent proposer le plus systématiquement le DO des cancers à leurs patients (12).

Si près de 1 MG sur 5 déclare vérifier systématiquement à la fois les DO des cancers du sein, du CCR et du col de l'utérus, près d'un tiers (29 %) disent ne vérifier systématiquement aucun de ces trois dépistages (12).

De plus, le fait que le MG ne parle pas du dépistage avec le patient serait la première cause évoquée par les non-participants au DO (45). Et lorsque le sujet du dépistage du CCR est abordé en consultation, les **MG déclarent en être les initiateurs dans moins de la moitié des cas** (52 %) (12).

- La **qualité des dossiers médicaux de médecine générale est insuffisante** pour une gestion rigoureuse des dépistages des cancers (50).

Le contenu des dossiers médicaux est très hétérogène selon les MG. Les antécédents familiaux de cancer figurent dans la moitié des dossiers, seul un quart des dossiers est complet et conforme aux recommandations, quel que soit le cancer (50).

Ce manque d'actualisation des informations concernant les antécédents néoplasiques familiaux, les antécédents personnels du patient, les dates et résultats d'éventuels examens de dépistage antérieurs, sont des freins à l'optimisation des performances des MG.

Les outils informatiques de gestion du dossier patient ne prennent souvent pas bien en compte la notion de « prévention programmée ». On assiste à une amélioration progressive, notamment depuis la mise en place de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) depuis le 1^{er} janvier 2012 (51). La Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) introduit un nouveau mode de rémunération forfaitaire en complément du paiement à l'acte et au forfait.

Deux grandes dimensions de la pratique médicale sont concernées par ce dispositif : à la fois l'organisation du cabinet et la qualité de service, ainsi que la qualité de la pratique médicale (suivi des pathologies chroniques, l'efficacité avec l'optimisation des prescriptions, et **la prévention** (dont le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus)) (51).

- **L'absence de rémunération** (13), le **manque de temps** (13) (52) et **l'organisation des deux dépistages** sont des freins à la prescription du DO des cancers pour les MG, mais ils ne les considèrent pas comme des freins majeurs (13).

Une enquête, réalisée en 2010 par l'institut BVA (Institut d'études de marché et d'opinion), en collaboration avec l'INCa, avait interrogé 600 MG par téléphone et étudié les opinions et les pratiques des différents dépistages par les MG. 25% des MG le qualifiaient d'impersonnel pour leurs patientes (12).

En 2003, une étude parue dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH), avait conclu que quelle que soit leur position sociale ou géographique, les MG étaient rarement associés au processus de dépistage, que ce soit dans la prise en compte de la démarche (contrairement aux gynécologues) ou dans un positionnement éducatif et incitatif (9). Cela paraît de moins en moins vrai dix ans plus tard au regard toutes les mesures qui ont été mises en place pour placer le médecin traitant au centre du dispositif du DO des cancers.

IV. Freins perçus par le Médecin Généraliste aux actions de prévention dans la population globale et chez les patients en situation de précarité

A. Difficultés éprouvées par le Médecin Généraliste à faire de la prévention dans la population globale

Une étude menée en 1999 en Belgique, a permis d'étudier la pratique préventive des MG en milieux défavorisés. Elle combinait l'analyse de la revue de la littérature et une étude qualitative déclarative auprès de 18 MG de Belgique, ayant une expérience en milieux défavorisés. Dans un second temps, une enquête menée par questionnaires auprès de 22 MG européens lors d'un séminaire européen sur le sujet, avait pour objectif de mettre en évidence les similitudes et différences de la situation en Europe francophone (14).

Les différents obstacles à la prévention en médecine générale étaient les suivants : (14)

- l'absence de demande des patients,
- le mal-être du médecin,
- la peur de casser la relation : « le patient n'aime pas parler du cancer »,
- la communication soignant-soigné (pas de formation du MG),
- le manque de cohérence dans les critères de santé publique,
- le manque de soutien et le manque de support,
- le manque de temps,
- le mode de rétribution,
- la lourdeur administrative,
- le manque de formation,
- le doute du médecin quant à sa propre efficacité et ses compétences,
- la déception, lassitude, doute quant à l'efficacité de la prévention,
- le MG ne réalise pas l'omniprésence de la prévention et du concept de « l'Education pour la Santé du Patient » en consultation,
- la concurrence d'autres organismes, avec dilution des pouvoirs et des responsabilités.

Une étude réalisée par l'Inserm en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, en 2006 a précisé les principaux obstacles à la prévention déclarés par les MG : le manque de temps (66.4 %), l'absence de rémunération spécifique pour cette activité (34.9 %), la résistance des patients (33.8 %), le manque de formation (27.5 %) et le sentiment d'inefficacité (17.7 %) (53).

B. Difficultés éprouvées par le Médecin Généraliste envers le patient en situation de précarité

1. Difficultés à évaluer la situation de précarité du patient

a) Critères d'évaluation de la situation de précarité utilisés par le MG

Afin d'adapter l'offre de soins aux patients en situation de précarité et réduire les inégalités sociales de santé, il convient d'abord au MG d'analyser la situation. Plusieurs études ont proposé aux MG de s'intéresser à 4 domaines dans leur pratique en ce qui concerne ces patients : (30)

- Les revenus.
- Les conditions de vie du patient : rechercher un déficit dans la capacité à communiquer, les difficultés de la vie de famille ou l'isolement, les problèmes de logement, une confrontation avec la justice ou des problèmes de droits civiques.
- Une pathologie somatique ou psychique sévère (dont les conduites addictives).
- Une faible formation professionnelle.

Une thèse soutenue en 2011 par Girard B, a comparé le score «de raisonnement analogique clinique» (SRAC) et du score EPICES pour repérer les patients à risque d'inégalités sociales de santé en médecine générale. Cette étude prospective auprès des consultants de 15 MG de la région avignonnaise a permis de montrer que, pour identifier la vulnérabilité sociale de leurs patients, les médecins prenaient en compte leur catégorie socioprofessionnelle, le logement de la personne et le contexte familial (54).

Une autre thèse, soutenue en 2012 par Lemaire C, portait sur les représentations des MG sur les inégalités sociales de santé. Il s'agissait d'une étude qualitative réalisée chez 15 MG la région avignonnaise. L'objectif principal était d'établir un état des lieux des connaissances actuelles et des représentations des MG sur les inégalités sociales de santé (55). Les MG estimaient que l'évaluation de la vulnérabilité sociale était difficile. Deux des médecins interrogés estimaient que la vulnérabilité sociale n'était qu'un problème financier. Tous les autres rapportaient une problématique plurifactorielle liée au mode de vie, aux pathologies existantes et/ou à l'isolement, donc basée sur un modèle bio-psycho-social de la prise en charge des patients. Mais leur estimation d'évaluation restait empirique. Avoir la CMU restait révélateur selon eux, d'une vulnérabilité sociale (55).

b) Une évaluation moins difficile pour les MG plus souvent confrontés aux patients en situation de précarité

Les MG se sentent plus expérimentés envers ces patients lorsqu'ils sont confrontés à eux régulièrement et depuis plus longtemps. Cela leur permet de mieux intégrer une partie des déterminants sociaux de la santé (55). L'acquisition d'expérience pratique joue sur la capacité d'identification des personnes défavorisées (54).

2. Difficultés de prise en charge en consultation du patient en situation de précarité

L'**acte médical** par les MG paraît intuitivement **plus difficile** auprès de ce public. Plusieurs études ont permis de le confirmer à plusieurs niveaux.

- **Complexité de l'acte médical :**

Cela a été confirmé à Grenoble dans une étude observant la complexité de l'acte médical selon la précarité (15). Pour les patients associant trois vulnérabilités (revenus, condition de vie et santé), la complexité de l'acte médical est **majorée d'un facteur 4.5 pour le retard et le renoncement aux soins** et d'un facteur 5 pour la nécessité d'une coordination avec d'autres intervenants médicaux ou sociaux.

- **Difficultés d'adaptation des pratiques :**

Les MG ont parfois du mal à adapter leur pratique vis-à-vis des patients en situation de précarité, car ces derniers ont des plaintes multiples et des demandes complexes faites de souffrance physique, psychique et sociale (17).

De plus, l'**accompagnement** des patients en situation de précarité demandent du **temps** (16).

- **Difficultés pour créer un climat de confiance dans relation médecin-patient :**

Le respect de la préférence du patient, caractérisant la personnalisation des soins, permet de créer un climat de confiance dans la relation thérapeutique. L'émergence de cette confiance peut être rattachée à 3 compétences du MG : (30)

- Ne pas juger trop vite en cas de retard ou renoncements aux soins.
- Comprendre l'effet des échecs et ruptures caractérisant les parcours de vie de ces personnes.
- Tisser du lien avec les autres acteurs médicaux ou sociaux.

Cependant, une enquête qualitative en 2011 soutenue par Laurent I, réalisée par la technique de « focus group » sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les MG de Meurthe-et-Moselle a montré qu'il persiste des **sentiments négatifs des MG** dans la **relation médecin malade**, et de façon plus importante **chez les MG qui sont peu confrontés à des patients en situation de précarité** (16). En effet, les MG peu confrontés à la précarité expriment leur incompréhension face à certains comportements répétés de leurs patients.

- **Difficultés de suivi** de ces patients :

Les MG éprouvent des **difficultés de suivi** des patients en situation de précarité qui ont un **recours tardif aux soins** et irrégulier (16).

C. Difficultés éprouvées par le Médecin Généraliste à faire de la prévention chez le patient en situation de précarité

Des obstacles spécifiques, perçus par le MG, à la prévention en médecine générale chez les patients de milieux défavorisés ont pu être identifiés. Ce sont les suivants : (14)

- l'absence de demande des patients,
- le coût (examen, traitements),
- l'appartenance culturelle (autres repères, autres valeurs, fatalité devant la maladie),
- le non sens de la prévention, vu les innombrables difficultés quotidiennes,
- les messages inadéquats, inutilité des supports écrits,
- l'urgence dans laquelle fonctionnent les patients,
- la priorité de la prévention sociale, de la revalorisation,
- la prévention ponctuelle : ok, mais pas à long terme,
- les habitudes de vie quasi « impossibles à modifier » : alimentation, tabac, alcool,
- la crainte que le patient n'ait pas la possibilité de gérer sa maladie.

Une étude, plus récente, réalisée en 2011 par Turlin X, sur les attitudes et représentations des femmes en situation de précarité concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus proposé par le MG en Gironde, a montré que les MG ont évoqué **le manque de demande des patientes** comme difficulté dans leur pratique du dépistage du cancer du col. A l'inverse, la proposition des MG de réaliser le prochain frottis de dépistage a été plébiscitée par les patientes (56).

ETUDE

I. Introduction

Les objectifs de notre étude sont les suivants :

- Evaluer la fréquence de prescription du DO des cancers par les MG.
- Observer s'il y a une différence de prescription par les MG et de réalisation du DO des cancers entre les patients en situation de précarité et les autres.
- Etudier la perception des MG sur les difficultés éprouvées à la proposition du DO des cancers chez les patients en situation de précarité et étudier les freins à la réalisation du DO des cancers chez les patients en situation de précarité.

Les résultats seront analysés au regard des données déjà disponibles.

II. Matériels et méthodes

A. Type de l'étude

L'étude s'est déroulée en deux phases :

- La première phase concernant l'étude des freins à la proposition et à la réalisation du DO des cancers par les MG : il s'agit d'une enquête déclarative auprès des MG.
- la deuxième permettant de répondre aux 2 premiers objectifs de l'étude : par une enquête déclarative, rétrospective avec un recrutement prospectif des patients par les MG.

B. Populations étudiées

1. Pour la première phase de l'étude

Cette enquête a été réalisée auprès des MG installés dans la circonscription de la CPAM de Pau. Le pourcentage moyen des patients avec la CMU, indiqué par le Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions (RIAP) des MG, est de 7.25%. Ce seuil nous a permis de réaliser 2 groupes de médecins, correspondant à **2 profils de MG**, pour l'analyse des données :

- **les MG considérés comme à « forte patientèle précaire »** : ceux ayant un pourcentage seuil de patients avec la CMU $\geq 7.25\%$ (sur leur relevé RIAP).
- **les MG considérés comme à « faible patientèle précaire »** : ceux ayant un pourcentage seuil de patients avec la CMU $< 7.25\%$ (sur leur relevé RIAP).

2. Pour la seconde phase de l'étude

a) Critères d'inclusion des MG

Tous les MG ayant accepté de participer au reste de l'étude lors de la première phase de l'enquête (et donc installés dans la circonscription de la caisse de CPAM de Pau).

b) Critères d'inclusion des patients

Ce sont **les MG qui ont inclus les patients dans l'étude**. Ces derniers doivent présenter les **4 critères suivants** (tous les critères sont nécessaires pour être inclus dans l'étude) :

- être âgés de 52 à 74 ans,
- relever du DO des cancers (du DO du CCR et/ou du Cancer du sein),
- le MG consulté est leur médecin traitant,
- faire partie des 6 prochains patients vus par leur médecin en consultation pour un motif quelconque, à partir du début de l'enquête.

Pour l'analyse, les indicateurs retenus pour caractériser les **patients en situation de précarité** sont les suivants (un critère est suffisant pour retenir la situation de précarité du patient) :

- l'emploi : patient au chômage ou en insertion professionnelle.
- la couverture sociale : patient bénéficiaire de la CMU, de la CMU et CMUC, de la CMU et de l'ACS, de l'AME, patient ne bénéficiant pas de couverture sociale.
- le logement : patient sans logement, ou ayant un logement social.

C. Période de l'enquête

• Pour la première phase de l'enquête :

Les questionnaires ont été envoyés par voie postale aux MG le 14 Mai 2013, et le dernier questionnaire pris en compte pour l'analyse est arrivé le 30 Juin 2013.

• Pour la seconde phase de l'enquête :

Les questionnaires ont été envoyés par voie postale aux MG le 21 Juin 2013 et le dernier questionnaire pris en compte pour l'analyse a été reçu le 30 Septembre 2013.

D. Recueil des adresses des Médecins Généralistes

Les adresses postales des MG installés et affiliés à la CPAM de Pau, ont été obtenues par le service administratif de la CPAM de Pau. Soit un total de 396 MG.

Les médecins installés en tant qu'angiologues, homéopathes, allergologues, ostéopathes ou travaillant à SOS médecins en mode d'exercice exclusif ont été retirés de la liste fournie par la CPAM

(après vérification du mode d'exercice de chaque médecin sur les pages jaunes et sur le site de la CPAM en ligne). 14 médecins ont ainsi été retirés du listing d'envoi initial.

Certaines adresses incomplètes ou erronées ont été complétées par l'annuaire des pages jaunes en ligne.

Au total, **382 MG** ont donc été contactés par courrier postal.

E. Questionnaires

Les questionnaires ont été élaborés en s'inspirant de résultats d'études déjà réalisées.

1. Présentation des questionnaires

a) Le questionnaire « médecin »

Il s'agit du questionnaire « médecin », utilisé pour réaliser la première phase de l'enquête, accompagné d'un courrier. (Cf. **annexes 4 et 5**)

Il se découpe en plusieurs parties :

- **Les données personnelles du MG:**
Elles concernent le sexe, l'âge du MG.
- **Les données professionnelles du MG:**
Elles regroupent les conditions d'installation (année de thèse, année d'installation, lieu d'exercice, modalité d'exercice, informatisation), les caractéristiques de leur activité professionnelle (volume de la patientèle, pourcentage de patients avec la CMU sur leur RIAP).
- **Les données concernant le patient en situation de précarité vu en consultation par le MG :**
Elles concernent les critères retenus par les MG pour considérer la situation de précarité d'un patient et le nombre de ces patients vus par jour par le MG.
- **Les données concernant le médecin traitant et la proposition du DO des cancers aux patients en situation de précarité :**
Elles regroupent : l'importance du rôle du médecin traitant, la proposition du DO des cancers, les difficultés éprouvées à proposer le DO des cancers aux patients en situation de précarité (selon le sexe du patient, liées au mode de fonctionnement du patient en situation de précarité, à la position de MG, aux examens du DO en eux-mêmes, ou autres).

b) Le questionnaire « patient »

Il s'agit du questionnaire utilisé pour la seconde phase de l'étude. Il a été présenté avec son courrier d'accompagnement et une fiche mémo concernant les critères d'inclusion des patients et les critères d'exclusion des patients du DO des cancers. (Cf. **annexes 6 et 7**)

Ce questionnaire comporte plusieurs parties distinctes :

- **Les données personnelles du patient inclus dans l'étude :**
Elles concernent son sexe, son âge.
- **Les données professionnelles du patient :**
Elles représentent son emploi, ses caractéristiques et ses modalités.
- **Les données concernant le logement du patient :**
Elles sont représentées par les caractéristiques de celui-ci (logement social) ou l'absence de logement.
- **Les données concernant la couverture sociale du patient :**
Affiliation à un centre payeur, type de couverture sociale (AME, CMU+CMU-C, CMU+ACS, CMU).
- **Les données concernant le DO du CCR :**
Elles concernent les patients relevant du DO du CCR, la réalisation du test par le patient dans les 24 mois précédents le début de l'enquête (proposé par le MG ou par PYRADEC), le refus de réalisation du test par le patient (motif de refus exprimé, quel motif).
- **Les données concernant le DO du cancer du sein :**
Elles concernent les patientes relevant du DO du cancer du sein, leur réalisation du test, la proposition du test par les professionnels de santé (le MG, PYRADEC, le gynécologue), le refus de réalisation du test (motif de refus exprimé, quel motif).

2. Envoi des questionnaires

Les questionnaires ont été envoyés par voie postale, accompagnés d'un courrier expliquant l'objet de l'étude, son déroulement, et d'une enveloppe retour préaffranchie.

Nous avons procédé à deux relances téléphoniques à la fin du mois d'Août et au début du mois de Septembre. Nous avons également réexpédiés à 6 MG les questionnaires de la seconde phase de l'étude (questionnaires patients) ainsi que les courriers d'accompagnement, début Septembre (par courrier électronique, fax).

3. Retour des questionnaires

a) Questionnaire « médecin »

Sur 382 questionnaires envoyés, 150 questionnaires ont été remplis et renvoyés.

3 questionnaires ont été exclus du fait d'une réponse trop tardive (après le 30 juin 2013). 30 MG ont été recontactés à deux reprises par téléphone pour des réponses manquantes en ce qui concerne le pourcentage de patients en CMU sur leur RIAP. Ces réponses nous ont toutes été communiquées par e-mail ou par téléphone.

b) Questionnaire « patient »

Sur 570 questionnaires « patient » envoyés aux 95 MG ayant accepté de participer, 222 questionnaires « patients » ont été remplis et renvoyés (correspondant à la participation de 37 MG).

Dont 54 questionnaires « patients » (participation de 9 MG) ont été reçus suites aux relances téléphoniques.

4 MG ont exprimé le refus d'y participer. Aucun questionnaire « patient » n'a été exclu.

F. Analyse statistique

Les MG et leurs patients étaient identifiés par un numéro attribué préalablement à l'envoi des courriers afin de préserver l'anonymat.

La saisie des données a été effectuée avec le logiciel Excel™ 2007 pour les 2 questionnaires. Les réponses aux questions ouvertes ont été intégralement retranscrites pour une analyse thématique avec tri à plat.

L'analyse des données a été effectuée avec l'assistance du service statistique de l'hôpital général de Pau.

Une analyse descriptive, puis bivariée a été réalisée à partir des recueils des données. Les tests statistiques adaptés ont été effectués au seuil de significativité de 0.05, sur le logiciel SAS® 9.1.3.

Lors de l'analyse bivariée nous avons utilisé le test du Chi² de Pearson ou le test exact de Fisher (petits effectifs) pour les variables qualitatives.

Pour les variables quantitatives, nous avons réalisés un test de Student.

III. Résultats

A. Première partie de l'étude : questionnaires destinés aux Médecins Généralistes

1. Taux de réponse

Sur les 382 questionnaires expédiés à tous les MG installés dans la circonscription de la caisse de CPAM de Pau, 147 questionnaires complets ont été pris en compte pour l'analyse. Le **taux de réponses exploitables des MG** était de **38.5%**.

2. Taux d'acceptation de participation à la seconde phase de l'étude

Parmi les 147 MG répondants, 64.6% (N=95) médecins avaient accepté de participer à la seconde phase de l'étude, soit 24.9% des 382 MG contactés initialement.

36.5% (N=52) MG n'avaient pas accepté de participer à la suite de l'étude.

3. Profil des MG répondant

a) *Pourcentage de patients en CMU sur le RIAP*

Le plus faible pourcentage de patients en CMU sur le RIAP était de 0.3%. Le plus fort pourcentage de patients en CMU était de 30%. **La moyenne des pourcentages de patients en CMU des MG sur leur RIAP** était de **6.24%**.

Parmi les 147 MG, 29.9% (N=44) étaient des MG à forte patientèle précaire. 70.1% (N=103) étaient des MG à faible patientèle précaire.

b) *Les données personnelles des MG répondant*

(1) Sexe des MG

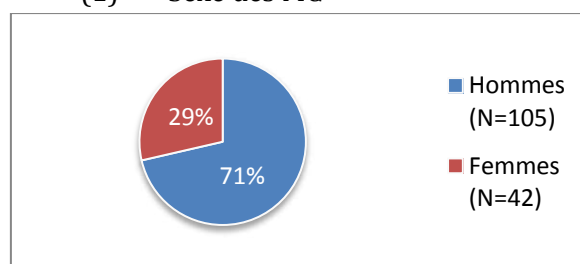


Figure 7 : Répartition des MG par sexe (N=147).

Il n'existait pas de différence significative entre le sexe des MG et le fait qu'ils avaient une forte patientèle précaire ou non ($p=0.8643$). Parmi les 44 MG à forte patientèle précaire, 29.5% (N=13) étaient des femmes et 70.5% (N=31) étaient des hommes. Parmi les 103 MG à faible patientèle précaire, 28.2% (N=29) étaient des femmes et 71.8% (N=74) étaient des hommes.

(2) Age des MG

La **moyenne d'âge** des MG était de **52 ans**. Le plus jeune avait 30 ans et le plus âgé avait 71 ans. La médiane était de 53 ans. Les femmes étaient en moyenne plus jeunes que les hommes (46.2 ans contre 53.4 ans).

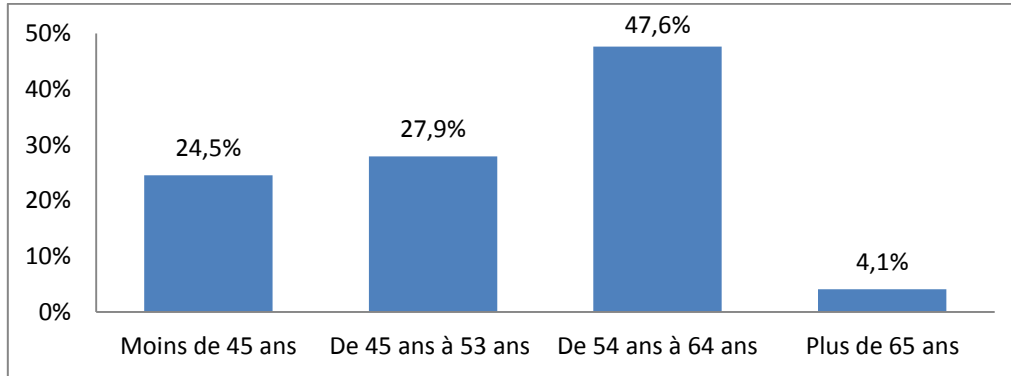


Figure 8 : Répartition des MG par tranche d'âge (N=147).

c) Les données professionnelles des MG

(1) Conditions d'installation des MG

(a) Année de thèse des MG

L'année de thèse la plus ancienne remontait à 1967, la plus récente à 2011, avec une **médiane en 1988**.

(b) Années d'installation des MG

Les années d'installation des MG étaient comprises entre 1971 et 2013, soit une **moyenne** d'installation en **1990**. La répartition par décennies d'année de thèse et d'installation était la suivante :

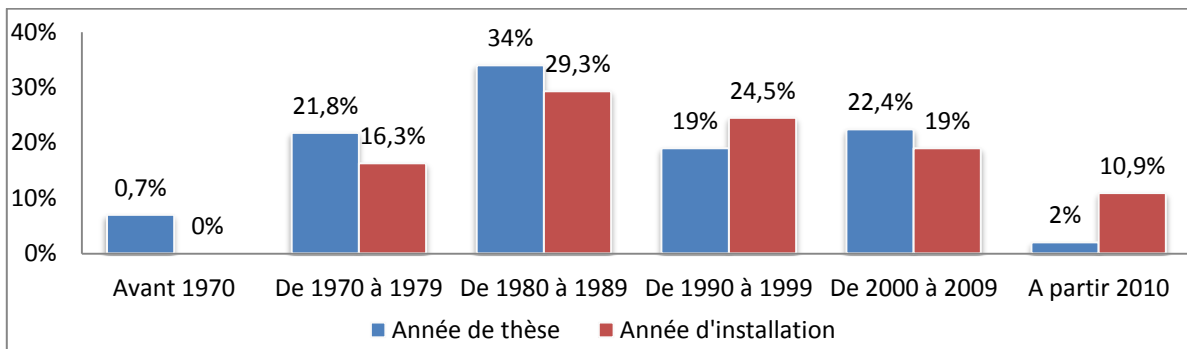


Figure 9 : Répartition des MG par année de thèse et d'installation par décennies (N=147).

(c) Modalités d'exercice des MG



Figure 10 : Répartition des MG en fonction de leurs modalités d'exercice (N=147).

Il n'existait pas de différence significative entre le pourcentage de patientèle précaire des MG et leur mode d'exercice ($p=0.6548$).

(d) Lieu d'exercice des MG

Parmi les 147 MG, 29.3% (N=43) exerçaient en milieu urbain (*commune > 10 000 habitants*), 51% (N=75) exerçaient en **milieu semi rural** (*commune entre 2 000 et 10 000 habitants*), et 19.7% (N=29) exerçaient en milieu rural (*commune < 2 000 habitants*).

Il existait une différence significative du lieu d'exercice et le pourcentage de patientèle précaire des MG ($p < 0.0001$). (Cf. figure 11 ci-dessous)

- Parmi les 44 médecins à forte patientèle précaire, 58.1% (N=25) exerçaient en milieu urbain, 22.7% (N=17) en milieu semi rural, et 6.9% (N=2) en milieu rural.
- Parmi les 103 médecins à faible patientèle précaire, 17.5% exerçaient en milieu urbain, 56.3% en milieu semi rural et 26.2% en milieu rural.

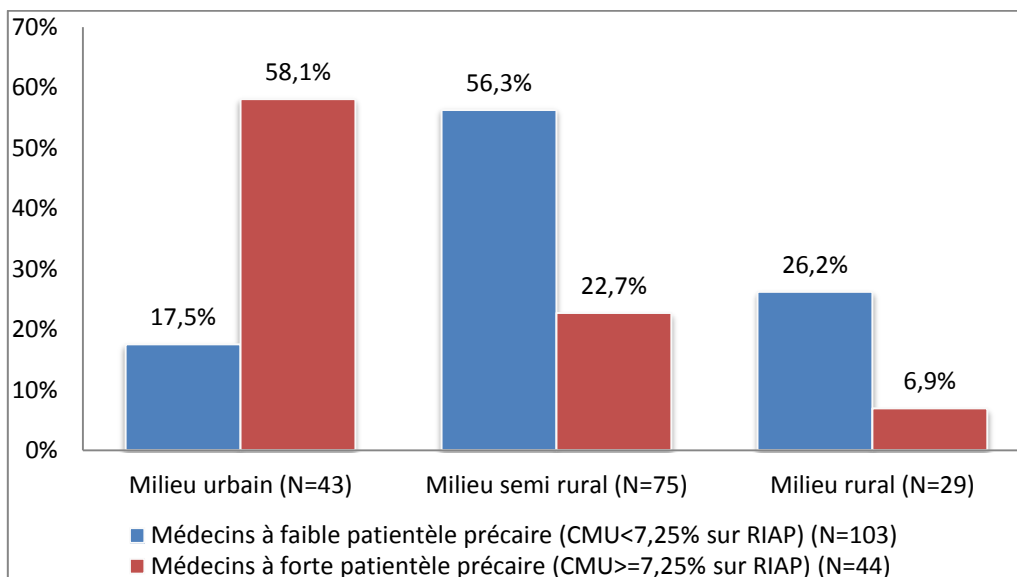


Figure 11 : Lieu d'exercice des MG en fonction de leur pourcentage de patientèle précaire (N=147).

(e) Informatisation des MG

La **majorité des MG** étaient **informatisés**, soit 97.3% (N=143) d'entre eux. Seuls 2.7% (N=4) ne l'étaient pas. Il n'existait pas de différence significative entre l'informatisation des MG et leur pourcentage de patientèle précaire ($p=0.0803$).

(2) Activité professionnelle des MG

Parmi des 147 MG, 8.8% (N=13) avaient un volume de patientèle de moins de 15 patients/jour, **57.1%** (N=84) avaient **entre 16 et 25 patients/jour**, et 34% (N=50) avaient plus de 25 patients/jour.

Il n'existait pas de différence significative entre le volume de la patientèle du MG et leur pourcentage de patientèle précaire ($p=0.82$).

4. Critères retenus par les MG pour considérer la situation de précarité d'un patient

- Parmi les 147 MG, **plus de la moitié d'entre eux déclarait retenir les critères suivants pour considérer la situation de précarité d'un patient** : (cf. **figure 12** ci-dessous)
 - L'absence de logement (84.4%, N=124).
 - Leur couverture sociale (82.3%, N=121).
 - L'absence d'emploi (77.6%, N=114).
 - Les demandes de délais de paiement (70.8%, N=104).
 - Les demandes d'acte médical gratuit (50.3%, N=74).
- Au contraire, **plus de la moitié d'entre eux déclaraient ne pas retenir les critères suivants pour considérer la situation de précarité d'un patient** : (cf. **figure 12** ci-dessous)
 - La présentation de la personne (51.7%, N=76).
 - La présentation de la famille (50.3%, N=74).
 - Les motifs des consultations (55.8%, N=82).
 - La fréquence des consultations (62%, N=91).

57 motifs des consultations avaient été exprimés par 19.7% (N=30) des MG. Ils ont été regroupés selon 7 thématiques : (Cf. **annexe 8** pour l'intégralité des réponses)

Troubles psychiques	33.3% (N=19)
Problèmes infectieux	19.4% (N=11)
Addictions	14% (N=8)
Problèmes multiples lors d'une consultation	10.5% (N=6)
Troubles du sommeil	8.8% (N=5)
Problèmes sociaux	7% (N=4)
Troubles alimentaires	7% (N=4)
TOTAL :	N=57

Tableau 4 : Motifs des consultations évoqués par les 30 MG définissant ce critère pour considérer la situation de précarité de leur patient (N=57).

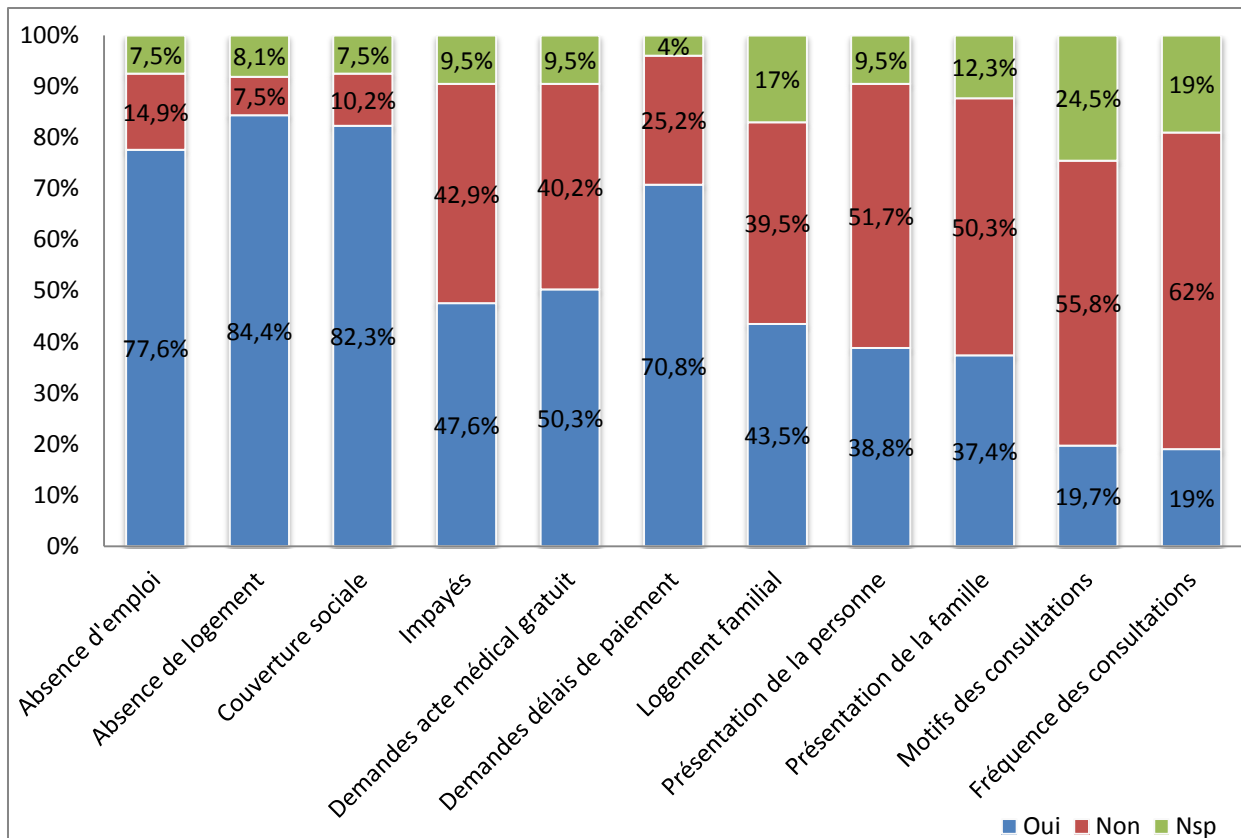


Figure 12 : Critères retenus par les médecins traitants pour considérer la situation de précarité des patients, hormis l'attribution de la CMU (N=147).

a) Influence de la précarité de la patientèle du MG

Afin de pouvoir exploiter les données, les réponses des MG qui ne savaient pas ont été considérées comme nulles.

- Il existait une **différence significative** entre le **pourcentage de patientèle précaire des MG** et **l'utilisation du critère « présentation de la personne » pour considérer la situation de précarité du patient** ($p=0.0155$).
 - Parmi les 39 MG à forte patientèle précaire ayant répondu, la majorité entre eux (59%, N=23) utilisaient la présentation du patient pour considérer sa situation de précarité.
 - Parmi les 94 MG à faible patientèle précaire, la majorité d'entre eux (63.3%, N=60) déclaraient ne pas utiliser la présentation du patient pour considérer sa situation de précarité.

NB : 14 réponses (Nsp) ont été exclues pour l'analyse de cette question.

- Il existait une **différence significative** entre le **pourcentage de patientèle précaire des MG** et **l'utilisation du critère « présentation de la famille » pour considérer la situation de précarité du patient** ($p=0.0235$).
 - Parmi les 38 MG à forte patientèle précaire, 57.9% (N=22) MG utilisaient le critère « présentation de la famille » pour considérer la situation de précarité du patient.

- Parmi les 91 MG à faible patientèle précaire, la majorité d'entre eux (63.7%, N=58) n'utilisaient pas ce critère.

NB : 18 réponses (Nsp) ont été exclues pour l'analyse de cette question.

- Il existait une **différence significative entre le pourcentage de patientèle précaire des MG et l'utilisation du critère « motifs des consultations » pour considérer la situation de précarité du patient** ($p=0.0098$).
 - Parmi les 82 MG n'utilisant pas le critère des « motifs des consultations » pour considérer la situation de précarité du patient, la majorité d'entre eux (74.4%, N=61) étaient des MG à faible patientèle précaire, 25.6% (N=21) étaient des médecins à forte patientèle précaire.
 - Parmi les 36 MG à forte patientèle précaire, 58.3% (N=21) n'utilisaient pas ce critère, 41.7% (N=15) l'utilisaient.
 - Parmi les 75 MG à faible patientèle précaire, 81.3% (N=61) ne l'utilisaient pas, 18.7% (N=14) l'utilisaient.

NB : 36 réponses (Nsp) ont été exclues pour l'analyse de cette question.

- Il n'existait pas de différence significative entre le pourcentage de patientèle précaire des MG et les critères suivants utilisés pour considérer la situation de précarité d'un patient ($p>0.05$) : l'absence d'emploi, l'absence de logement, la couverture sociale, les impayés, la demande d'acte médical gratuit, la demande de délai de paiement, le logement familial, et la fréquence des consultations.

5. Patients vus en consultation par jour et estimés en situation de précarité par le médecin traitant

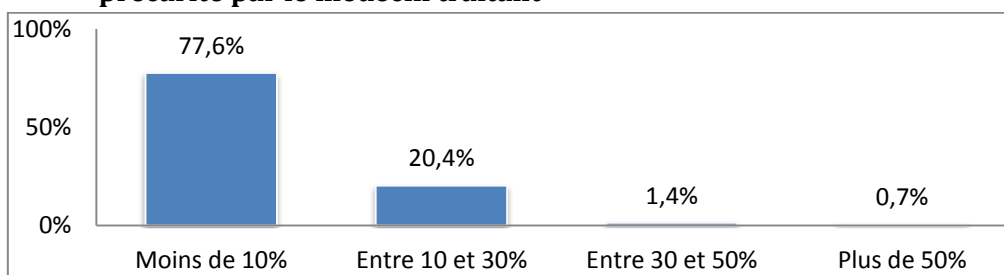


Figure 13 : Pourcentage de patients vus en consultation par jour et estimés en situation de précarité par le médecin traitant (N=147).

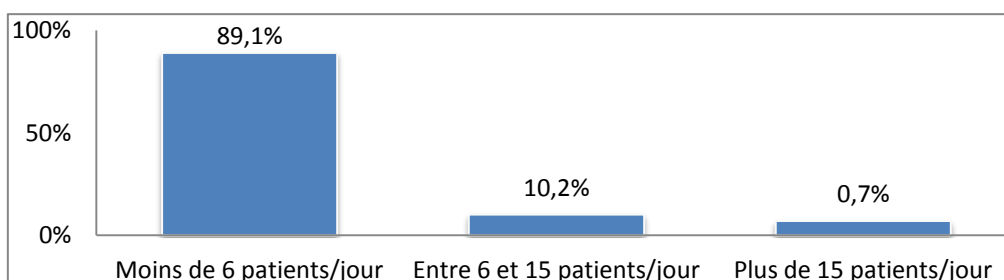


Figure 14 : Nombre de patients vus en consultation par jour et estimés en situation de précarité par le médecin traitant (N=147).

- Il existait une différence significative entre le pourcentage de patients vus par jour et estimés en situation de précarité et le pourcentage de patientèle précaire des MG ($p=1.36^E-04$).
 - Parmi les 44 MG à forte patientèle précaire, 56.8% (N=25) d'entre eux estimaient voir moins de 10% de patients en situation de précarité/jour, 36.4% (N=16) estimaient en voir entre 10 et 30%, 4.6% (N=2) entre 30 et 50%, et 2.3% (N=1) estimaient en voir plus de 50%.
 - Parmi les 103 MG à faible patientèle précaire, 86.4% (N=89) d'entre eux estimaient voir moins de 10% de patients en situation de précarité/jour, 13.6% (N=14) estimaient en voir entre 10 et 30% par jour, aucun n'estimait en voir plus par jour.
- Le nombre de patients vus en consultation par jour en situation de précarité était statistiquement différent en fonction du pourcentage de patientèle précaire du MG ($p=7.45^E-04$).
 - La majorité (75%, N=33) des MG à forte patientèle précaire estimait également voir plus de 6 patients/jour en situation de précarité.
 - La majorité (95.2%, N=98) des MG à faible patientèle précaire estimait voir moins de 6 patients/jour en situation de précarité.

6. Médecin traitant et proposition du DO des cancers au patients en situation de précarité

a) Importance du rôle du médecin traitant

Parmi les 147 MG, **61.2% (N=90) estimaient que leur rôle dans la proposition du DO des cancers aux patients en situation de précarité était aussi important que pour les autres patients.** 3.4% (N=5) l'estimaient moins important et 35.4% (N=52) l'estimaient plus important.

Il n'existait pas de différence significative entre l'importance du rôle du médecin traitant dans la proposition du DO des cancers concernant les patients en situation de précarité et le pourcentage de patientèle précaire des MG ($p=0.6261$).

- Parmi les 44 MG à forte patientèle précaire, 56.8% (N=25) estimaient que leur rôle dans la proposition du DO des cancers aux patients en situation de précarité était aussi important que pour les autres patients, 40.9% (N=18) l'estimaient plus important, 2.27% (N=1) l'estimaient moins important.
- Parmi les 90 MG qui estimaient que leur rôle était aussi important, 72.2% (N=65) étaient des médecins à faible patientèle précaire et 27.8% (N=25) étaient des MG à forte patientèle précaire.
- Parmi les 52 MG qui estimaient que leur rôle était plus important, 65.4% (N=32) étaient des MG à faible patientèle précaire, 34.6% (N=18) étaient des MG à forte patientèle précaire.
- Parmi les 5 MG qui estimaient que leur rôle était moins important, 80% (N=4) étaient des MG à faible patientèle précaire et 20% (N=1) étaient des MG à forte patientèle précaire.

b) Proposition du DO des cancers

Sur les 147 MG, **85% (N=125)** déclaraient proposer le DO des cancers aussi souvent aux patients en situation de précarité, 10.2% (N=15) déclaraient le proposer plus souvent, et 4.8% (N=7) le proposaient moins souvent.

Seulement 31.3% (N=46) MG avaient justifié leur réponse. Parmi ces 46 réponses, les motifs suivants avaient été retrouvés et regroupés en 7 thématiques : cf. **figure 15** ci-dessous.

(Cf. **annexe 9** pour l'intégralité des réponses)

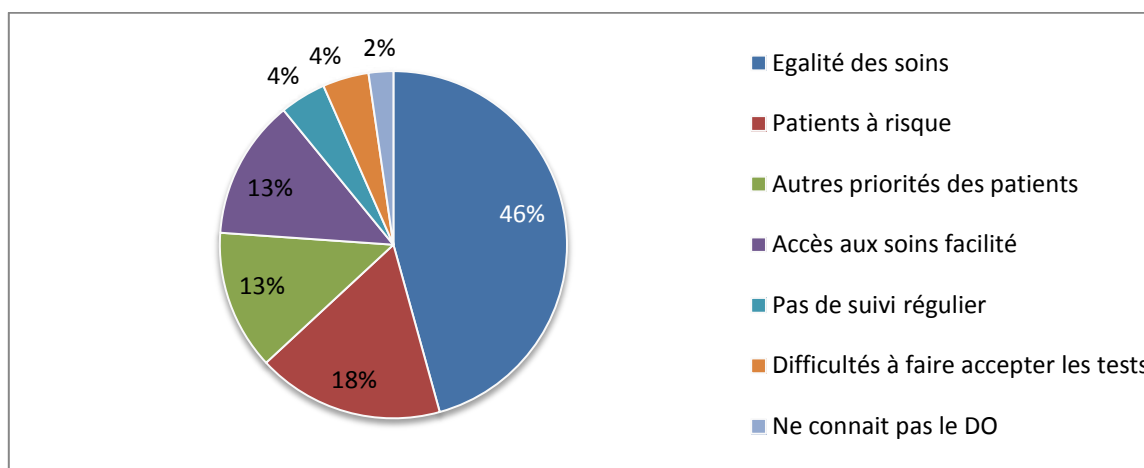


Figure 15 : Raisons évoquées par les MG pour justifier leur fréquence de proposition du DO des cancers aux patients en situation de précarité (N=46).

Proposition du DO des cancers aux patients en situation de précarité	MOINS SOUVENT (N=7)	AUSSI SOUVENT (N=125)	PLUS SOUVENT (N=15)
Justifications (N=46)	(N=6)	(N=25)	(N=15)
EGALITE DES SOINS N=21, 45.7%		N=21	
PATIENTS A RISQUES N=8, 17.4%		N=1	N=7
AUTRES PRIORITES DES PATIENTS N=6, 13%	N=5	N=1	
ABSENCE DE SUIVI REGULIER N=2 4.3%			N=2
ACCES AUX SOINS FACILITE N=6, 13%			N=6
DIFFICULTES A FAIRE ACCEPTER LES TESTS N=2, 4.3%	N=1	N=1	
NE CONNAIT PAS N=1, 2.3%		N=1	

Tableau 5 : Répartition des justifications des MG en fonction de leurs modalités de proposition du DO des cancers aux patients en situation de précarité (N=46).

(Cf. **annexe 10** pour l'intégralité des réponses)

Il n'existait pas de différence significative entre la fréquence de proposition du DO des cancers chez les patients en situation de précarité et le pourcentage de patientèle précaire des MG ($p=0.1751$).

- Parmi les 125 MG proposant aussi souvent le DO des cancers aux patients en situation de précarité, 72.8% (N=91) étaient des MG à faible patientèle précaire, 27.2% (N=34) étaient des MG à forte patientèle précaire.
- Parmi les 7 MG proposant moins souvent le DO des cancers aux patients en situation de précarité, 57.1% (N=4) étaient des MG à faible patientèle précaire, 42.9% (N=3) étaient des MG à forte patientèle précaire.
- Parmi les 15 MG proposant plus souvent le DO des cancers aux patients en situation de précarité, 53.3% (N=8) étaient des MG à faible patientèle précaire, 46.7% (N=7) étaient des MG à forte patientèle précaire.
- Parmi les 103 MG à faible patientèle précaire, la majorité d'entre eux (88.3%, N=91) déclaraient proposer aussi souvent le DO des cancers aux patients en situation de précarité, seuls 7.8% (N=8) le proposaient plus souvent, et 3.9% (N=4) le proposaient moins souvent.
- Parmi les 44 MG à forte patientèle précaire, la majorité d'entre eux (77.3%, N=34) déclaraient proposer aussi souvent le DO des cancers aux patients en situation de précarité, mais 15.9% (N=7) le proposaient plus souvent, et 6.8% (N=3) le proposaient moins souvent.

7. Difficultés éprouvées à proposer le DO des cancers aux patients en situation de précarité

Parmi les 147 MG, 29.3% (N=43) éprouvaient plus de difficultés à proposer le DO des cancers aux patients en situation de précarité, **68.7% (N=101) n'en éprouvaient pas**, 2% (N=3) ne savaient pas.

a) Différences selon le sexe du patient

Parmi les 46 MG éprouvant plus de difficultés ou qui ne savaient pas, 30.4% (N=14) estimaient qu'il existait une différence selon le sexe du patient, **52.2% (N=24) ne trouvaient pas**, et 17.4% (N=8) ne savaient pas.

b) Influence de la précarité de la patientèle du MG

- Il existait une **différence significative entre les difficultés éprouvées et le pourcentage de patientèle précaire des MG ($p=1.901^E-05$)**.
 - Parmi les 101 MG n'éprouvant pas plus de difficultés : 81.2% (N=82) d'entre eux étaient des MG à faible patientèle précaire, 18.8% (N=19) d'entre eux étaient des MG à forte patientèle précaire.
 - Parmi les 43 MG éprouvant plus de difficultés : 44.2% (N=19) d'entre eux étaient des MG à faible patientèle précaire, **55.8% (N=24) d'entre eux étaient des MG à forte patientèle précaire**.
 - Parmi les 103 MG à faible patientèle précaire, la majorité d'entre eux (79.6%, N=82) n'éprouvaient pas plus de difficultés à proposer le DO des cancers chez les patients en situation de précarité.

- Parmi les 44 MG à forte patientèle précaire, 54.6% (N=24) éprouvaient plus de difficultés à proposer le DO des cancers chez les patients en situation de précarité, 43.2% (N=19) n'en éprouvaient pas plus et 2.3% (N=1) ne savaient pas.
- Il n'existait pas de différence significative entre des différences de difficultés éprouvées selon le sexe du patient et le pourcentage de patientèle précaire du MG ($p=0.4148$).

c) Difficultés liées au mode de fonctionnement du patient en situation de précarité

(cf. **figure 16** ci-dessous)

L'analyse a porté sur les réponses des 43 MG éprouvant plus de difficultés à proposer le DO des cancers aux patients en situation de précarité.

- **Plus de la moitié des MG déclarait éprouver plus de difficultés** à proposer le DO des cancers aux patients en situation de précarité à cause du mode de fonctionnement de ces patients pour les critères suivants :
 - Les renoncements aux soins antérieurs de ces patients (pour 81.4% (N=35) des MG).
 - Les demandes complexes de ces patients (pour 74.4% (N=32) des MG).
 - Les comportements à risques de ces patients (pour 72.1% (N=31) des MG).
 - Les consultations qu'en cas d'urgence de ces patients (pour 69.8% (N=30) des MG).
- **Plus de la moitié des MG déclarait ne pas éprouver plus de difficultés** à proposer le DO des cancers aux patients en situation de précarité à cause du mode de fonctionnement de ces patients pour :
 - Les contraintes financières du patient : 65.1% (N=28) des MG n'éprouvaient pas de difficultés de paiement.
 - Les contraintes relationnelles avec le patient : caractérisées par l'absence de relation de confiance médecin-malade (pour 69.8% (N=30) des MG).
- Enfin, les résultats étaient plus nuancés en ce qui concerne :
 - Les contraintes culturelles du patient : 39.5% (N=17) des MG ressentaient la fatalité de ces patients devant la maladie versus 44.2% (N=19) ne l'éprouvaient pas.
 - Les contraintes relationnelles : la plupart des MG (46.5%, N=20) trouvait que les patients se sentaient seuls, contre 39.5% (N=17) ne trouvaient pas.

Il n'existait pas de différence significative entre ces motifs de difficultés liées au mode de fonctionnement du patient lui-même et la précarité de la patientèle du MG ($p>0.05$).

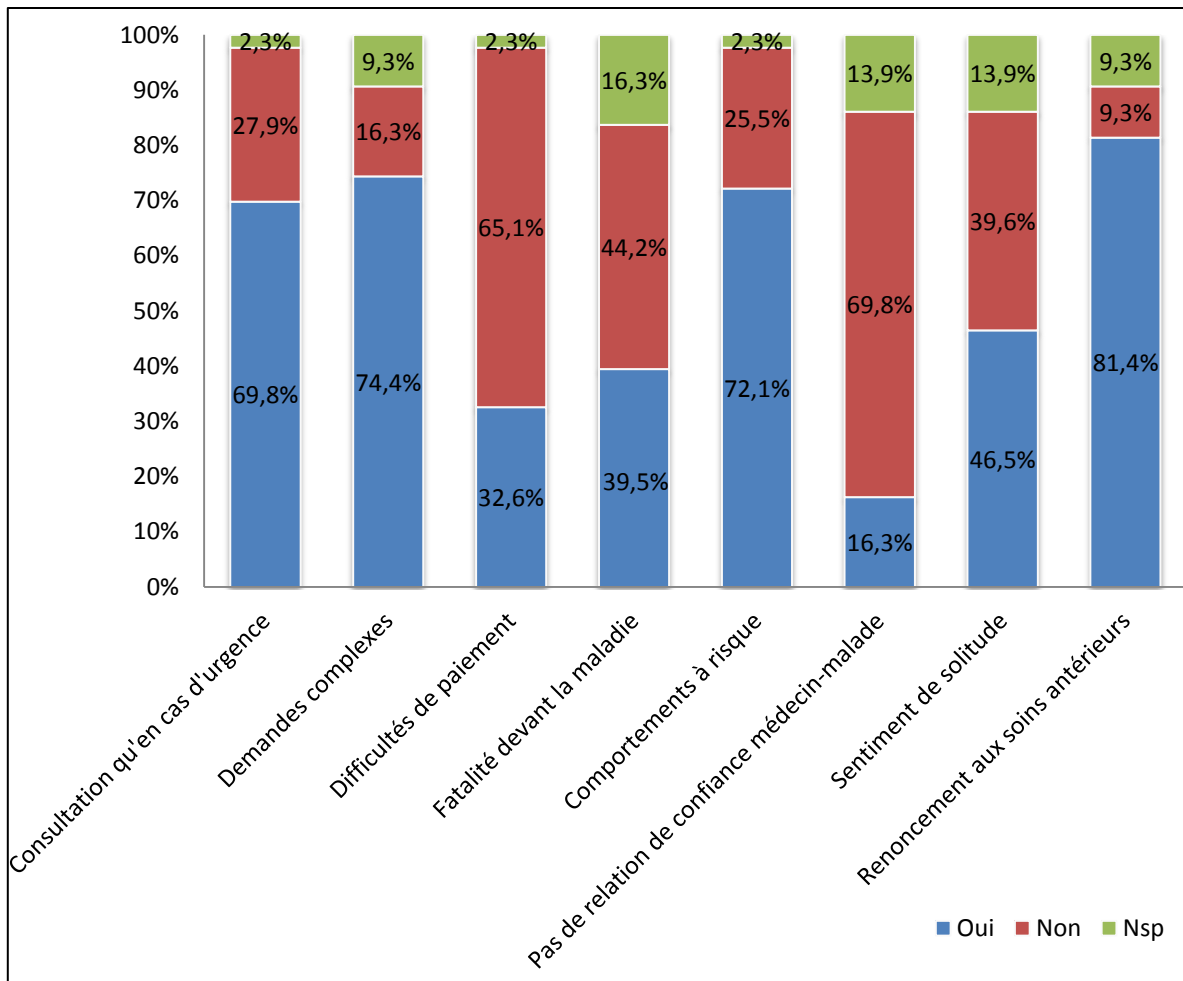


Figure 16 : Difficultés éprouvées par les MG à proposer le DO des cancers aux patients en situation de précarité, liées au mode de fonctionnement du patient (N=43).

d) Difficultés liées à la position de MG

(cf. **figure 17** ci-dessous)

- **Plus de la moitié des MG déclarait éprouver plus de difficultés** à proposer le DO des cancers aux patients en situation de précarité à cause de leur position de MG pour les critères suivants :
 - Une contrainte technique : le manque de temps (pour 53.5% (N=23) d'entre eux).
 - Une contrainte financière : une consultation plus longue sans cotation particulière de l'acte (pour 53.5% (N=23) des MG).
- **Plus de la moitié des MG ne déclarait pas éprouver plus de difficultés** à proposer le DO des cancers aux patients en situation de précarité à cause de leur position de MG pour les critères suivants :
 - Les contraintes relationnelles du MG : la peur de fragiliser la relation « en parlant cancer » (pour 81.4% (N=35) des MG).

- Les contraintes de compétences du MG :
 - un manque de formation (pour 72.1% (N=31) des MG),
 - un doute quand à l'efficacité de la prévention envers ces patients (pour 51.2% (N=22) des MG),
 - un sentiment d'inutilité dans ce contexte de difficultés sociales (pour 58.1% (N=25) d'entre eux).
- Les contraintes techniques du MG: la lourdeur administrative (pour 55.8% (N=24) des MG).
- Les résultats étaient plus nuancés en ce qui concerne d'autres compétences du MG:
 - le doute de leur propre efficacité sur cette catégorie de patients : 46.5% (N=20) le ressentaient contre 48.8% (N=21) des MG.
 - la difficulté de la mise à jour exhaustive du dossier médical : 48.8% (N=21) des MG déclaraient ressentir cette difficulté, 39.5% (N=17) ne la ressentaient pas et 11.6% (N=5) d'entre eux ne savaient pas.
- Il existait une **différence significative entre le manque de temps et le pourcentage de patientèle précaire des MG** ($p=0.0086$).
 - Parmi les 23 MG estimant manquer de temps, 73.9% (N=17) avaient une forte patientèle précaire, 26.1% (N=6) n'avaient pas une forte patientèle précaire.
- Il existait une **différence significative entre le sentiment d'inutilité du MG** dans ce contexte de difficultés sociales **et le pourcentage de patientèle précaire des MG** ($p=0.0334$).
 - Parmi les 15 MG ressentant ce sentiment d'inutilité, 26.7% (N=4) d'entre eux avaient une faible patientèle précaire, **73.3%** (N=11) avaient une **forte patientèle précaire**.
 - 45.8% (N=5) des MG à forte patientèle précaire ressentaient ce sentiment d'inutilité.
- Il n'existait pas de différence significative entre les autres motifs de difficultés liées à la position du médecin et la précarité de la patientèle du MG ($p>0.05$).

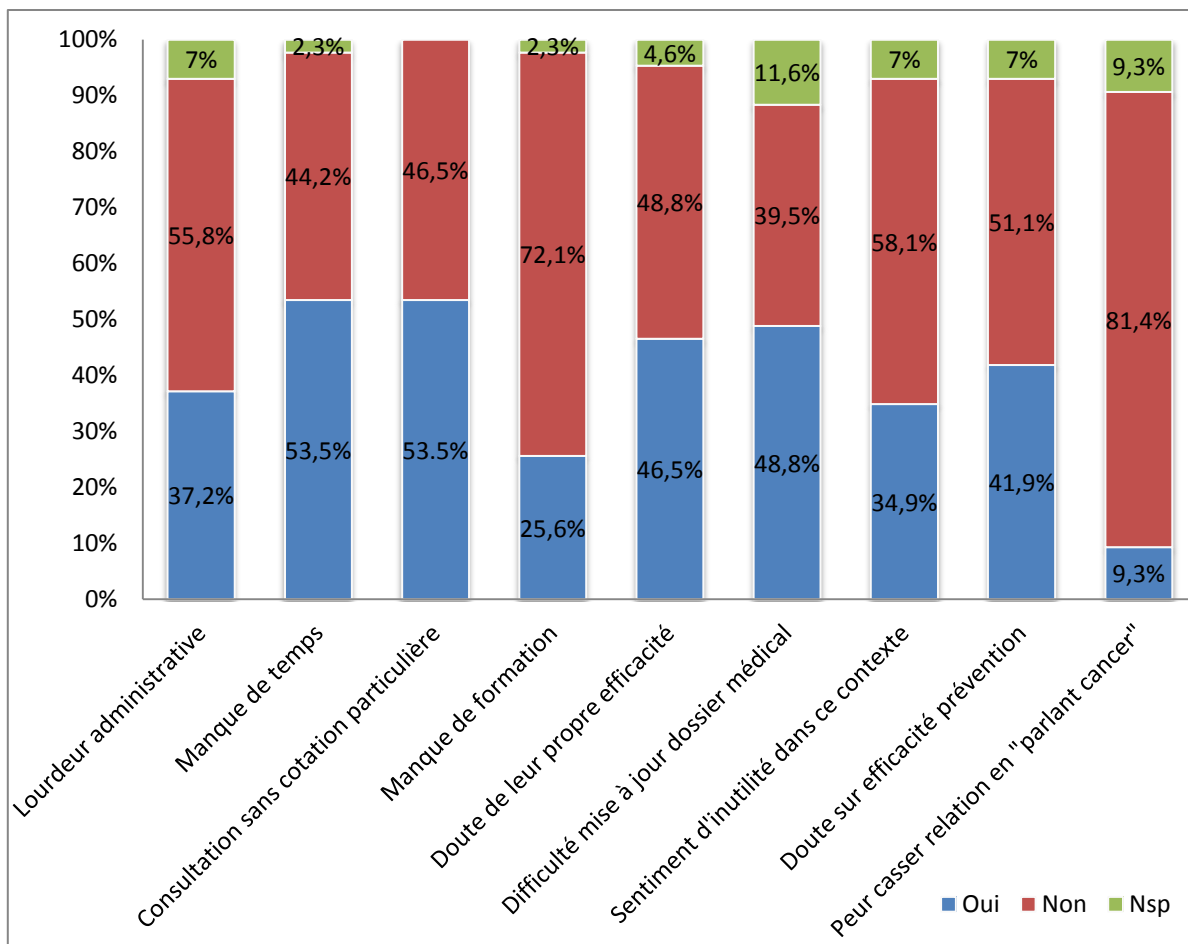


Figure 17 : Difficultés liées à leur position de MG et éprouvées pour proposer le DO des cancers chez les patients en situation de précarité (N=43).

e) Difficultés liées aux examens du DO en eux-mêmes

51.2% (N=22) des MG trouvaient les **procédures de dépistages inadaptées à ces patients**, 37.2% (N=16) ne trouvaient pas, 11.6% (N=5) ne savaient pas.

Il n'existait pas de différence entre les difficultés éprouvées par les MG liées aux examens du DO des cancers et la précarité de la patientèle du MG ($p=0.2552$).

f) Autres difficultés

9 MG sur les 43 avaient évoqué d'autres difficultés jusqu'alors non citées :

- des **problèmes de compréhension** (88.9%, N=8),
- des problèmes de paiement de transport pour la réalisation de la mammographie (11.1%, N=1).

(Cf. **Annexe 11** pour l'intégralité des réponses).

B. Deuxième partie de l'étude : le questionnaire destiné aux patients

1. Taux de réponse

a) Des MG

Parmi les 95 MG ayant **accepté de participer à la seconde phase de l'étude**, **38.9%** (N=37) avaient renvoyé des questionnaires (soit 9.7% de la totalité des MG contactés initialement).

61.1% (N=58) MG n'avaient pas répondu, dont 5 avaient exprimé leur refus d'y répondre.

b) Nombre de patients inclus

Sur 570 questionnaires « patient » envoyés aux 95 MG ayant accepté de participer, 222 questionnaires « patient » ont été remplis et renvoyés. Tous ces questionnaires étaient complets. Soit un **taux de réponses exploitables de 38.9%** par rapport à la totalité des questionnaires « patient » attendus.

2. Profil de la patientèle du médecin traitant du patient

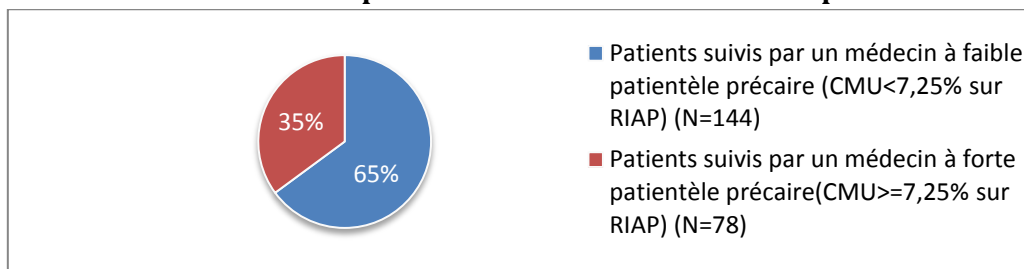


Figure 18 : Répartition des patients en fonction du pourcentage de patientèle précaire des MG (N=222).

3. Profil des patients inclus dans l'étude

a) Les données personnelles des patients

(1) Sexe des patients

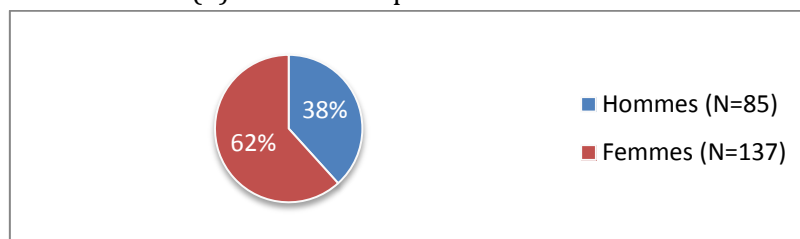


Figure 19 : Répartition des patients par sexe (N=222).

(2) Age des patients

Le plus jeune des patients avait 52 ans, le plus âgé avait 74 ans. La **moyenne d'âge** des patients était de **60.8 ans**.

b) Les données professionnelles des patients

Parmi les 222 patients :

- 14.4% (N=32) étaient sans emploi dont :
 - 50% (N=16) étaient au chômage,
 - 3.1% (N=1) patient est en insertion professionnelle,
 - 46.9% (N=15) n'avaient pas renseigné leur situation.
- 40.1% (N=89) d'entre eux étaient retraités,
- 45.5% (N=101) avaient un emploi,
 - 16.8% (N=17) ne l'avaient pas renseigné,
 - 83.1% (N=84) avaient précisé la nature de l'emploi. Leur répartition était la suivante, après les avoir regroupés en 6 catégories professionnelles (selon l'Insee) :

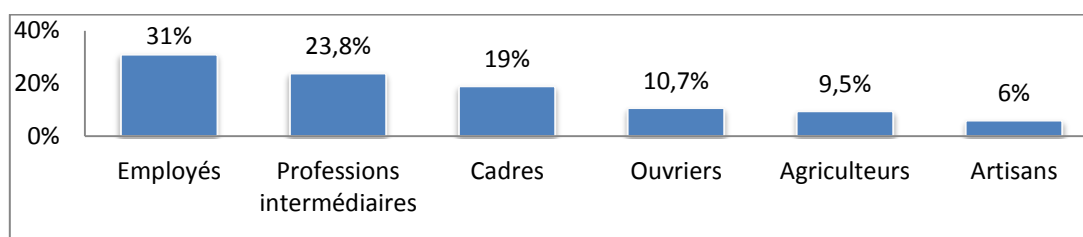


Figure 20 : Catégories professionnelles des patients ayant un emploi et renseigné dans le questionnaire (N=84).

(Cf. **annexe 12** pour l'intégralité des réponses)

c) Les données concernant le logement des patients

Parmi les 222 patients :

- 99.1% (N=220) bénéficiaient d'un logement qui était :
 - un logement non social pour 77.5% (N=172) des patients,
 - un logement social pour 22.1% (N=49) des patients,
 - non renseigné pour 0.5% (N=1) des patients.
- 0.9% (N=2) n'avaient pas de logement, ils étaient SDF.

d) Les données concernant la couverture sociale des patients

Parmi les 222 patients :

- 98.2% (N=218) possédaient une couverture sociale dont :
 - aucun ne bénéficiait de l'AME,
 - 2.3% (N=5) avaient la CMU et la CMU-C,
 - 0.9% (N=2) avaient la CMU et l'ACS,
 - 12.3% (N=27) avaient la CMU.
- 1.8% (N=4) ne bénéficiaient pas de couverture sociale.

4. Situation de précarité des patients

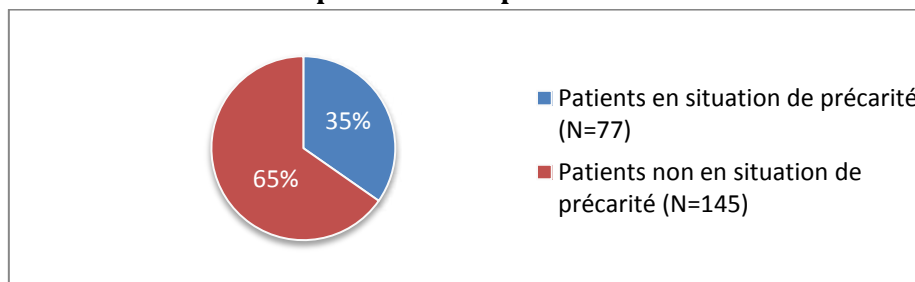


Figure 21 : Répartition des patients en fonction de la situation de précarité (N=222).

Rappel : la situation de précarité du patient était retenue selon les critères suivants : sans emploi, absence de logement ou logement social, absence de couverture sociale ou couverture sociale par CMU et/ou CMU-C et/ou ACS et/ou AME.

a) Sexe des patients et situation de précarité

Il existait une **différence significative** entre le **sexe des patients** et leur **situation de précarité** ($p=0.0139$). Parmi les 77 patients en situation de précarité, 72.7% (N=56) étaient des femmes, 27.3% (N=21) étaient des hommes. Parmi les 145 patients non en situation de précarité, 55.8% (N=81) étaient des femmes, 44.2% (N=64) étaient des hommes.

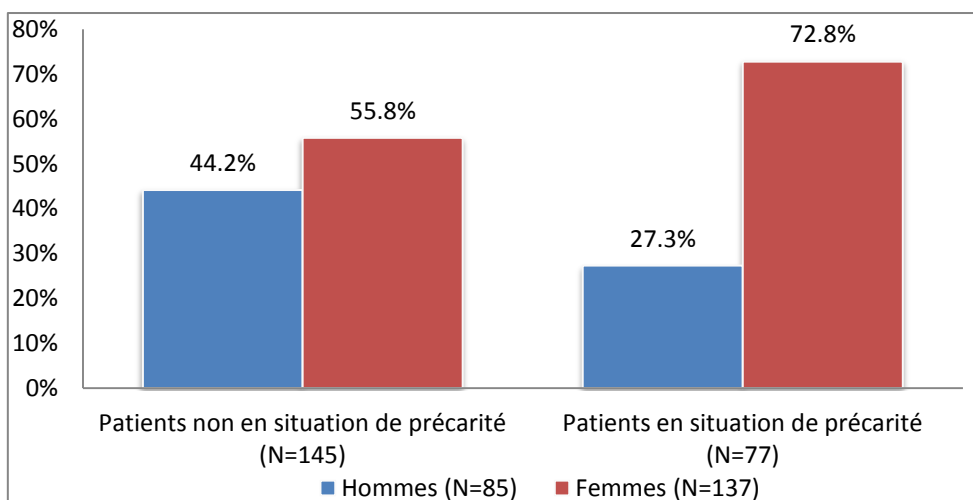


Figure 22 : Répartition du sexe des patients en fonction de leur situation de précarité (N=222).

b) Moyenne d'âge des patients et situation de précarité

La moyenne d'âge des patients en situation de précarité était de 57.8 ans.

Celle des patients non situation de précarité était de 60.6 ans.

5. Données concernant le DO du CCR

(Cf. figure 24 ci-dessous)

a) Patients relevant du DO du CCR

Parmi les 222 patients, 90.5% (N=201) relevaient du DO du CCR, 9%(N=20) n'en relevaient pas. Pour 0.5% (N=1) patient, le MG ne savait pas s'il relevait du DO du CCR. Cette réponse (Nsp) a été exclue pour la suite de l'analyse statistique.

Parmi les 201 patients relevant du DO du CCR :

- 30.8% (N=62) étaient en situation de précarité,
- 69.2% (N=139) ne l'étaient pas.

La majorité des patients en situation de précarité (80.5% N=62) relevaient du DO du CCR. Cette différence était significative ($p < 0.0001$). La plupart des patients non en situation de précarité (96.5%, N=139) relevaient également du DO du CCR.

b) Réalisation du test du DO du CCR par les patients dans les 24 mois précédents le début de l'enquête

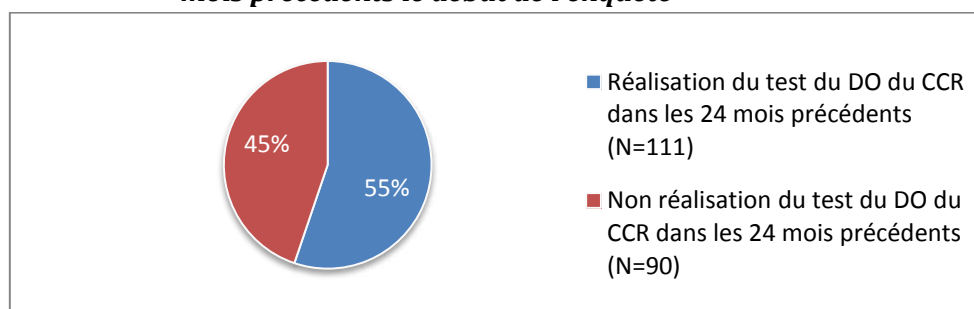


Figure 23 : Répartition des patients en fonction de la réalisation du test du DO du CCR dans les 24 mois précédents le début de l'enquête (N=201).

(1) Profil des patients ayant réalisé le test du DO du CCR

Parmi les 111 patients ayant réalisé le DO du CCR dans les 24 mois précédents le début de l'enquête :

- 56.8% (N=63) des patients étaient des femmes et 43.2% (N=48) des patients étaient des hommes.
- 17.1% (N=19) des patients étaient en situation de précarité, 82.9% (N=92) ne l'étaient pas. Ces différences étaient significatives ($p < 0.001$).

(2) Influence du profil des patients sur la réalisation du test du DO du CCR

- Il n'existait pas de différence significative entre la réalisation du DO du CCR et le sexe des patients ($p = 0.76$).

- Influence de l'activité professionnelle du patient :
Il existait une **différence significative** entre la **réalisation du DO du CCR** et l'**activité professionnelle des patients** ($p=0.0149$). Parmi les 111 patients ayant réalisé le DO du CCR dans les 24 mois précédents le début de l'enquête :
 - 48.6% (N=54) étaient **retraités**. La **majorité** d'entre eux (67.5% N=54) **avait réalisé le test** de dépistage du CCR dans les 24 mois précédents.
 - 41.4% (N=46) avaient un emploi. La **majorité** de ces patients **ayant un emploi** (51.6%, N=46) **n'avait pas réalisé le test** de dépistage du CCR.
 - 10% (N=11) étaient sans emploi. La **majorité** des patients **sans emploi** (57.7%, N=15) **n'avait pas réalisé le test**.
 - Influence de la situation de précarité du patient sur la réalisation du test du DO du CCR :
 - Parmi les 62 **patients en situation de précarité** relevant du DO du CCR, la **majorité** d'entre eux 69.4% (N=43) **n'avaient pas réalisé le test** du DO du CCR dans les 24 mois précédents le début de l'enquête. **La différence était significative** ($p<0.001$).
 - Parmi les 139 **patients non en situation de précarité** et relevant du DO du CCR, la **majorité** d'entre eux 66.2% (N=92) **avaient réalisé de le test** du DO du CCR dans les 24 mois précédents le début de l'enquête.
 - Parmi les 111 patients ayant réalisé le test, 82.9% (N=92) n'étaient pas en situation de précarité, 17.1% (N=19) l'étaient.
- (3) Influence du profil de la patientèle du médecin traitant et de la situation de précarité du patient
- Chez les MG à faible patientèle précaire, il existait une **différence significative** de **réalisation du test** du DO du CCR dans les 24 mois précédents le début de l'enquête **chez les patients en situation de précarité par rapport aux autres** ($p=0.0329$).
 - Parmi les 133 patients relevant du DO du CCR. Seuls 18,1% (N=24) patients étaient en situation de précarité, 81.9% (N=109) ne l'étaient pas.
 - Parmi les 24 **patients en situation de précarité**, **58.3%** (N=14) **n'avaient pas réalisé le test** dans les 24 mois précédent. Seuls 41.7% (N=10) d'entre eux l'avaient réalisé.
 - Parmi les 109 patients non en situation de précarité, 65.1% (N=71) avaient réalisé le test, 34.9% (N=38) ne l'avaient pas réalisé.
 - Chez les MG à forte patientèle précaire, il existait une **différence très significative** de **réalisation du test** du DO du CCR dans les 24 mois précédents le début de l'enquête **entre les patients en situation de précarité ou non** ($p=0.0001$).
 - 68 patients relevaient du DO du CCR. 44.1% (N=30) des patients n'étaient pas en situation de précarité, alors que 55,9% (N=38) d'entre eux l'étaient.
 - Parmi les 38 **patients en situation de précarité**, 23.7% (N=9) avaient réalisé le DO CCR dans les 24 mois précédent, contre **76.3%** (N=29) qui **ne l'avaient pas réalisé**.
 - Parmi les 30 patients non en situation de précarité, 70% (N=21) avaient réalisé le test, seuls 30% (N=9) ne l'avaient pas réalisé.

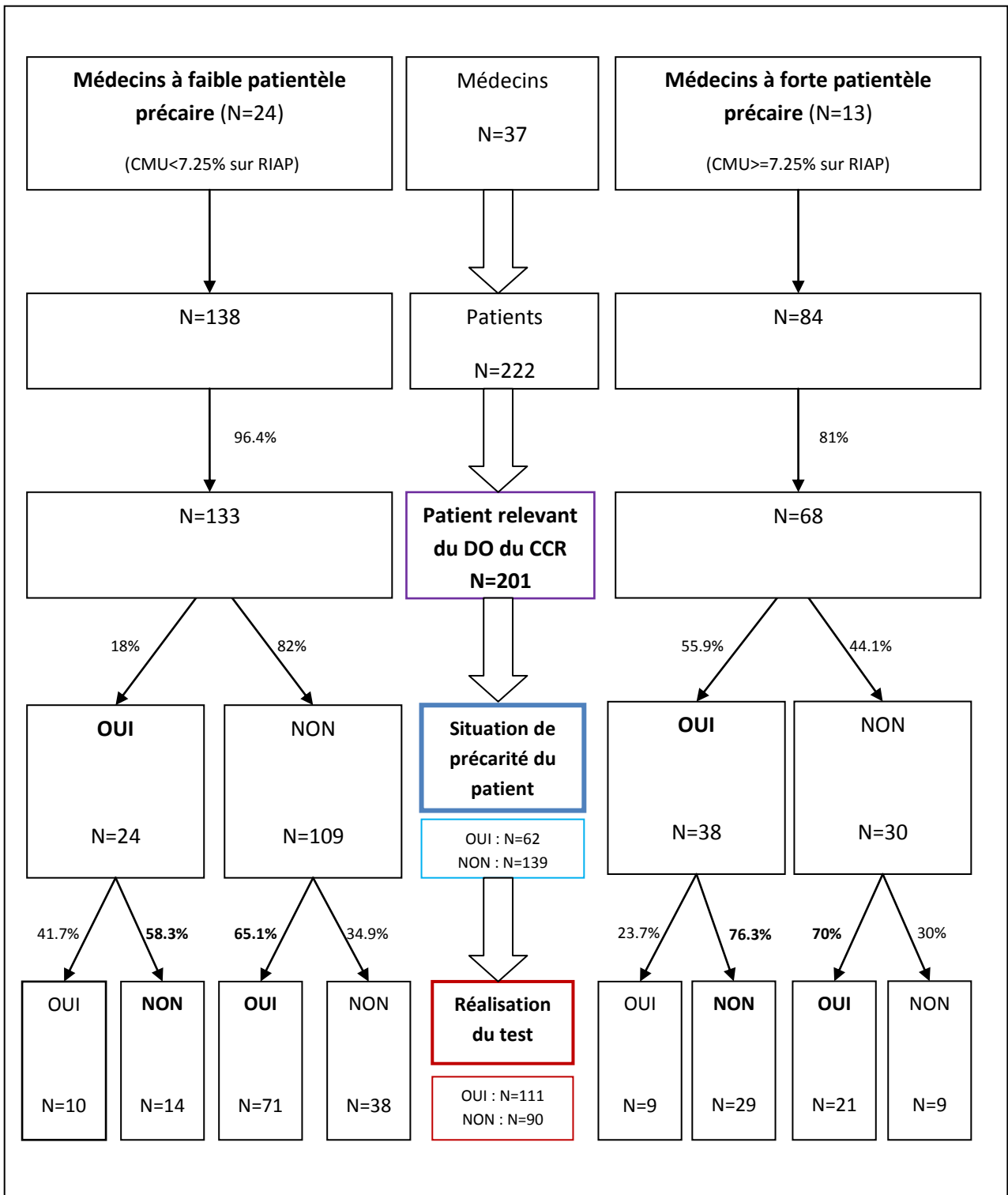


Figure 24 : Synthèse des résultats de l'étude concernant le DO du CCR.

c) Modalités de proposition du test du DO du CCR aux patients ayant réalisé le test dans les 24 mois précédents

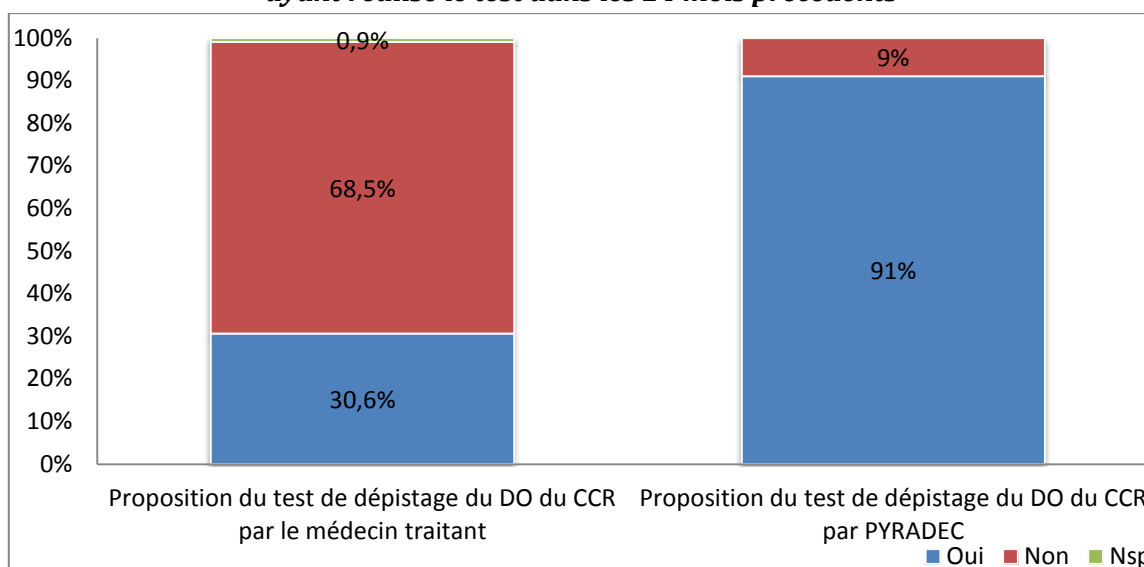


Figure 25 : Modalités de proposition de test de dépistage du DO du CCR aux patients ayant réalisé le test dans les 24 mois précédents (N=111).

Le test était autant proposé par les MG chez les patients en situation de précarité par rapport aux autres ($p=0,6338$). A noter que les MG avaient proposé le test à 31.9% (N=29) de leurs patients non en situation de précarité, et seulement à 26.3% (N=5) de leurs patients en situation de précarité.

d) Non réalisation du test du DO du CCR par les patients

Parmi les 90 patients relevant du DO du CCR mais n'ayant pas réalisé le test dans les 24 mois précédents, 48.4% (N=44) avaient exprimé à leur MG leur refus de faire le test, **51.6% (N=47) ne l'avaient pas exprimé.**

Parmi ces 44 patients ayant exprimé leur refus, les motifs suivants avaient été évoqués et regroupés selon 6 thèmes détaillées dans la **figure 26** ci-dessous. (Cf. **annexe 13** pour l'intégralité des réponses)

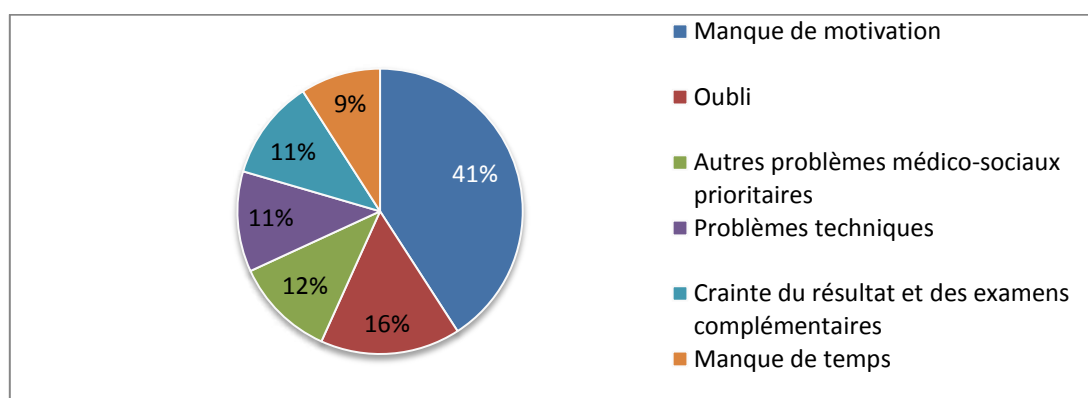


Figure 26 : Motifs exprimés par les patients concernant leur refus de réalisation du test du DO du CCR (N=44).

Les patients en situation de précarité n'avaient pas plus exprimé le refus de la réalisation du dépistage du CCR que les autres ($p=0.6798$).

6. Données concernant le DO du cancer du sein

(Cf. figure 28 ci-dessous)

a) Patientes relevant du DO du cancer du sein

Parmi les 222 patients, 137 étaient des patientes, dont **89.1%** (N=122) **relevaient du DO du cancer du sein**, 10.2% (N=14) ne relevaient pas de ce dépistage, et pour 0.73% (N=1) patiente, le médecin ne savait pas. *Cette dernière réponse (Nsp) a été exclue pour la suite de l'analyse statistique.*

(1) Influence du profil des patientes

Parmi les 122 patientes relevant du DO du cancer du sein, 40.2% (N=49) des patientes étaient en situation de précarité, 59.8% (N=73) des patientes non en situation de précarité relevaient du dépistage. La différence n'était pas significative ($p=0.0653$).

(2) Profil de la patientèle des médecins traitant des patientes relevant du DO du cancer du sein

Parmi les MG à faible patientèle précaire, 92.3% (N=84) patientes relevaient du DO du cancer du sein.

Parmi les MG à forte patientèle précaire, 82.6% (N=38) patientes relevaient du DO du cancer du sein.

b) Réalisation du test du DO du cancer du sein

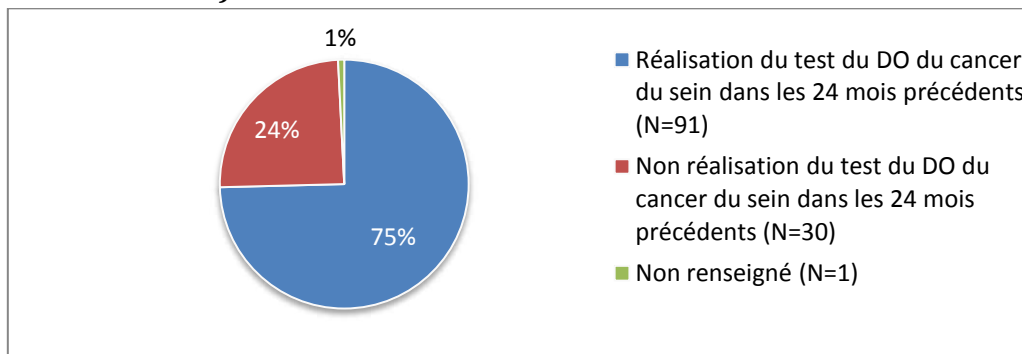


Figure 27 : Répartition des patientes en fonction de la réalisation du test du DO du cancer du sein dans les 24 mois précédents le début de l'enquête (N=122).

(1) Influence du profil des patientes sur la réalisation du test du DO du cancer du sein

- Influence de l'activité professionnelle de la patiente :

Il n'existait **pas de différence significative** entre la réalisation du DO du cancer du sein et l'activité professionnelle des patientes ($p=0.1478$).

- Parmi les 91 patientes ayant réalisé dans les moins de 24 mois le dépistage du cancer du sein, 46.2% (N=42) étaient retraitées, 35.1% (N=32) avaient un emploi et 18.7% (N=17) étaient sans emploi.

- Parmi les 26 patientes sans emploi, 65.4% (N=17) avaient réalisé le test, 34.6% (N=9) ne l'avaient pas réalisé.
 - Parmi les 45 patientes ayant un emploi, 71.1% (N=32) avaient réalisé le test, 28.9% (N=13) ne l'avaient pas réalisé.
 - Parmi les 50 patientes retraitées, 84% (N=42) avaient réalisé le test, 16% (N=8) ne l'avaient pas réalisé.
- Influence de la situation de précarité de la patiente :
Il n'existait **pas de différence significative** entre la réalisation du DO du cancer du sein et la situation de précarité des patientes ($p=0.0986$).
 - Parmi les 91 patientes ayant réalisé dans les moins de 24 mois le dépistage du cancer du sein, 36.3% (N=33) étaient en situation de précarité, 63.7% (N=58) ne l'étaient pas.
 - Parmi les 72 patientes non en situation de précarité, 86.6% (N=62) avaient réalisé le test, 13.4% (N=10) ne l'avaient pas réalisé.
 - Parmi les 49 patientes en situation de précarité, 67.4% (N=33) avaient réalisé le test, 32.6% (N=16) ne l'avaient pas réalisé.

(2) Influence du profil de la patientèle du médecin traitant et de la situation de précarité de la patiente

- Parmi les MG à faible patientèle précaire, 84 patientes relevaient du DO du cancer du sein. Il n'existait pas de différence significative de réalisation du DO du cancer du sein entre les patientes en situation de précarité et les autres ($p=0.1166$).
 - 75.9% (N=63) patientes avaient réalisé le test du DO du cancer du sein dans les 24 mois antérieurs, dont 22.2% (N=14) des patientes étaient en situation de précarité et 77.8% (N=49) d'entre elles ne l'étaient pas.
 - 63.6% (N=14) des patientes en situation de précarité avaient réalisé le test du DO du cancer du sein.
- Parmi les MG à forte patientèle précaire, 38 patientes relevaient du DO du cancer du sein. Il n'existait pas de différence significative de réalisation du DO du cancer du sein entre les patientes en situation de précarité et les autres ($p=0.4673$).
 - 73.7% (N=28) patientes avaient réalisé le test DO du cancer du sein dans les 24 mois antérieurs, dont 67.9% (N=19) étaient en situation de précarité, et 32.1% (N=9) ne l'étaient pas.
 - 70.4% (N=19) des patientes en situation de précarité avaient réalisé le test du DO du cancer du sein.

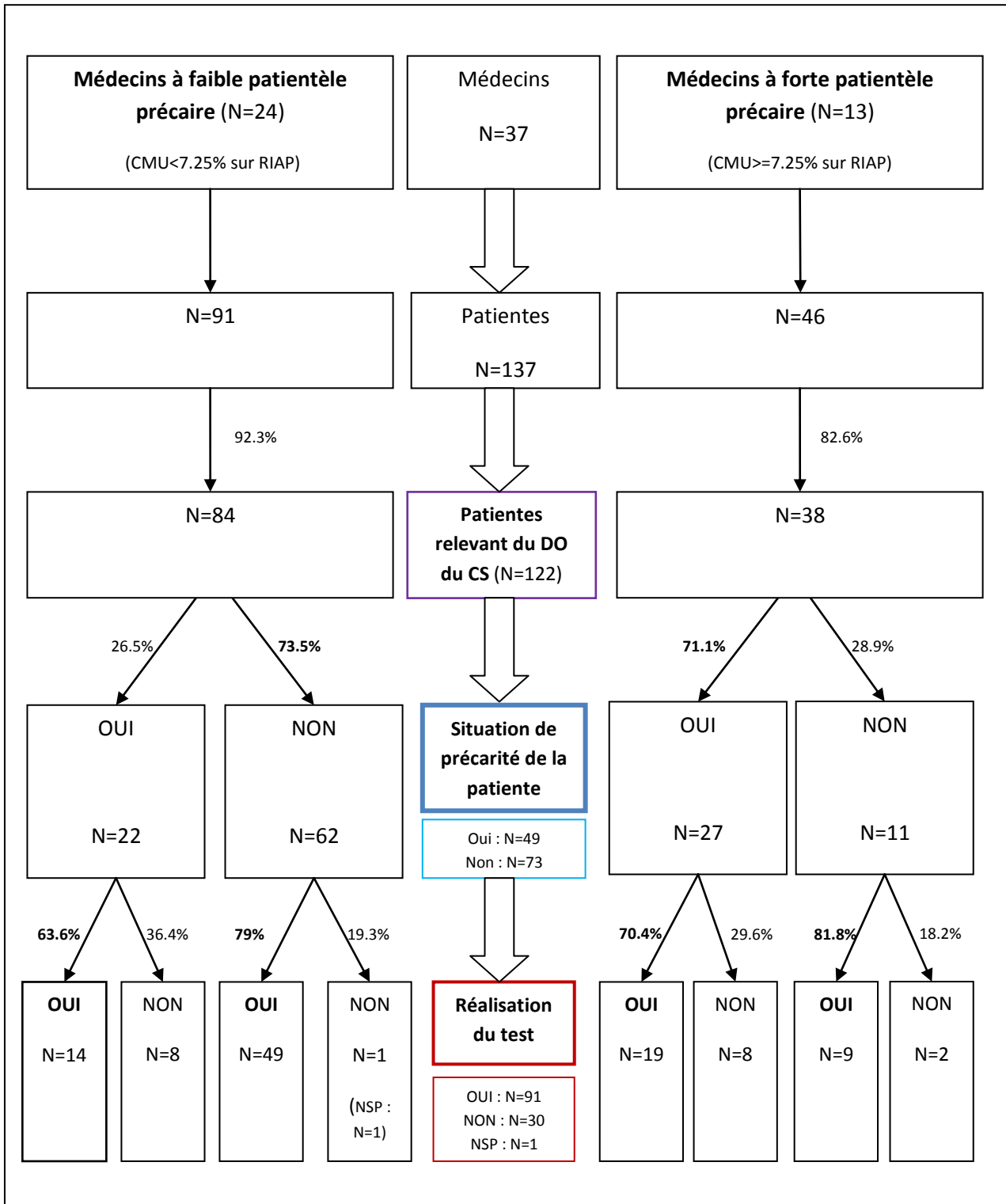


Figure 28 : Synthèse des résultats de l'étude concernant le DO du cancer du sein.

c) Modalités de proposition du test du DO du cancer du sein aux patientes

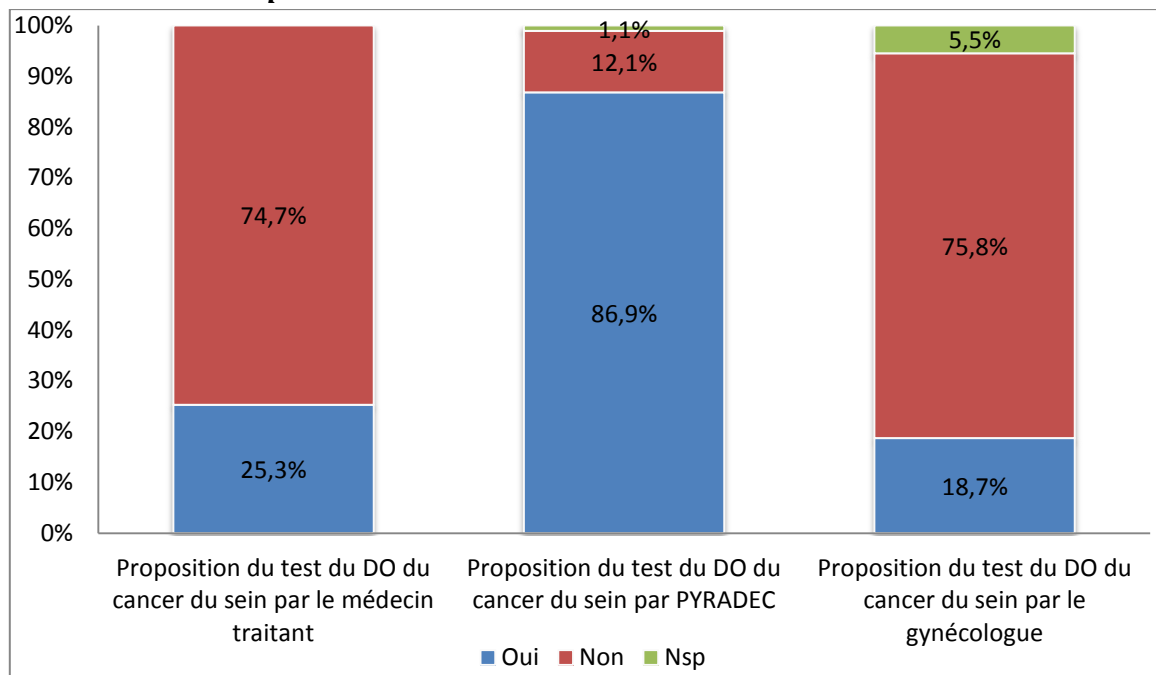


Figure 29 : Modalités de proposition de test de dépistage du DO du cancer du sein aux patientes l'ayant réalisé dans les 24 mois précédents (N=91).

(a) Influence du profil de la patiente sur la proposition par le MG

La proposition du test du DO du cancer du sein a été réalisée par le MG pour 26% (N=6) des patientes en situation de précarité et 73.9% (N=17) des patientes non en situation de précarité. Cette différence était non significative ($p=0.2402$).

Parmi les patientes précaires, seules 18.2% (N=6) d'entre elles déclaraient que le test leur avait été proposé par le MG, 81.2% (N=27) déclaraient qu'il ne leur avait pas été proposé par ce dernier.

(b) Influence du profil de la patiente sur la proposition par le gynécologue

Parmi les 17 patientes qui déclaraient que le test leur avait été proposé par le gynécologue, 41.2% (N=7) des patientes étaient en situation de précarité 58.8% (N=10) ne l'étaient pas. (Différence non significative : $p=0.4679$).

d) Non réalisation du test du DO du cancer du sein par les patientes

Parmi les 31 patientes qui n'avaient pas réalisé le test dans les 24 mois précédents le début de l'enquête (N=29) ou dont les MG ne savaient pas (N=2), 29% (N= 9) d'entre elles avaient exprimé le motif de leur refus, 71% (N=22) ne l'avaient pas exprimé.

Les 9 patientes ayant exprimé leur refus de faire le test avaient évoqué plusieurs raisons regroupées en 5 thématiques : cf. **figure 30** ci-dessous (Cf. **annexe 14** pour l'intégralité des réponses)

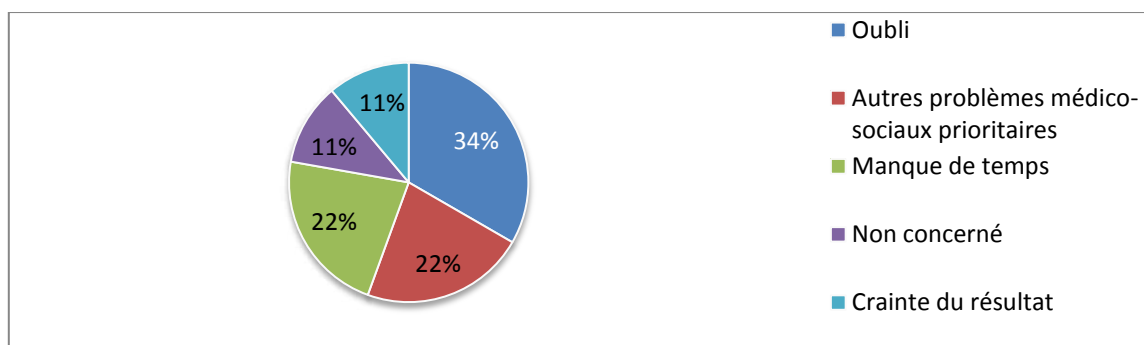


Figure 30 : Motifs exprimés par les patientes ayant refusé de réaliser le DO du cancer du sein (N=9).

Il n'existait pas de différence significative dans les motifs de refus de réalisation du test entre patiente précaire et non précaire ($p=0.7787$).

C. Synthèse des résultats

- **Reconnaissance de la situation de précarité d'un patient par le MG :**

Critères utilisés par la majorité des MG	Critères non utilisés par la majorité des MG	Critères utilisés significativement par plus de la moitié des MG à forte patientèle précaire (CMU \geq 7.25% sur RIAP)
<ul style="list-style-type: none"> • Absence de logement • Couverture sociale • Absence d'emploi • Demande de délais de paiement • Demande d'acte médical gratuit 	Présentation de la personne	
	Présentation de la famille	
	<ul style="list-style-type: none"> • Motifs des consultations • Fréquence des consultations 	

Tableau 6 : Reconnaissance de la situation de précarité d'un patient par le MG.

- **Proposition du DO des cancers par le MG chez les patients en situation de précarité par rapport aux autres :**
 - **Rôle du MG :**
La plupart des MG estimait que leur rôle dans la proposition du DO des cancers chez les patients en situation de précarité était **aussi important** que pour les autres patients, 35.4% d'entre eux trouvait que leur rôle était plus important dans cette population.
 - **Fréquence de proposition :**
La majorité des MG déclaraient proposer **aussi souvent** le DO des cancers aux patients en situation de précarité par rapport aux autres patients, pour des raisons

d'équité des soins prodigués. Pas de différence de proposition du test par le MG, déclarée par le patient, et la situation de précarité du patient.

- **Freins cités par les MG :** (Cf. tableau 7)
 - La plupart des MG **n'éprouvaient pas** plus de difficultés à proposer le DO des cancers aux patients en situation de précarité.
 - **Plus de la moitié des MG à forte patientèle précaire éprouvaient** statistiquement **plus de difficultés** à proposer le DO des cancers chez les patients en situation de précarité que les médecins à faible patientèle précaire.

Difficultés éprouvées par les MG lors de la proposition du DO des cancers chez les patients en SP	Par plus de la moitié des MG	Plus exprimées significativement par les MG à forte patientèle précaire (CMU>=7.25% sur RIAP)
Fonctionnement du patient lui-même	<ul style="list-style-type: none"> • Renoncements antérieurs aux soins • Absence de demande de prévention • Comportements à risque 	
Position du MG	Manque de temps	
	Consultation plus longue sans cotation particulière de l'acte	Sentiment d'inutilité dans ce contexte de difficultés sociales
Procédures de dépistage en elles-mêmes	Jugées inadaptées pour ces patients	

Tableau 7 : Difficultés éprouvées par les MG lors de la proposition du DO des cancers aux patients en situation de précarité.

- **Proposition du DO des cancers par le MG, tous patients confondus :**
La proposition du test du DO des cancers, faite par le MG, restait **très modeste** (pour 30.6% et 25.3% des patients pour le CCR et le cancer du sein respectivement).
- **Facteurs influençant la réalisation du test du DO des cancers par les patients :**

	Test DO du CCR	Test du DO du cancer du sein
Réalisation du test dans les 24 mois précédents	55% des patients (<i>des 201 patients relevant de ce dépistage</i>)	75% des patientes (<i>des 122 patients relevant de ce dépistage</i>)
Facteurs diminuant la réalisation du test	<ul style="list-style-type: none"> • Patient en situation de précarité • Patient sans emploi • Patient avec emploi • MG à forte patientèle précaire 	Patiente en situation de précarité <i>(tendance à diminuer la réalisation du test)</i>
Facteurs favorisant la réalisation du test	Patient retraité	MG à forte patientèle précaire <i>(tendance à augmenter la réalisation du test)</i>

Tableau 8 : Facteurs influençant la réalisation du test du DO des cancers par les patients.

- **Freins à la réalisation du test du DO des cancers évoqués par les patients :**

	Test du DO du CCR	Test du DO du cancer du sein
Patients ne réalisant pas le test	44.8% <i>(parmi 201 patients relevant de ce dépistage)</i>	24.6% <i>(parmi 122 patientes relevant de ce dépistage)</i>
Expression du motif de refus de réaliser le test à leur MG	48.4% <i>(N=44)</i>	29% <i>(N=9)</i>
Raisons évoquées par les patients <i>(par ordre décroissant)</i>	Manque de motivation	Oubli
	Oubli	<ul style="list-style-type: none"> • Autres problèmes médicaux sociaux prioritaires • Manque de temps
	Autres problèmes médicaux sociaux prioritaires	Non concerné
	<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes techniques • Crainte des résultats et des examens complémentaires 	Crainte des résultats
	Manque de temps	

Tableau 9 : Freins à la réalisation du test du DO des cancers par les patients.

IV. Discussion

A. Méthodologie

1. Biais de sélection

a) Recrutement des MG

Il existe un risque de biais de sélection lié aux MG répondants, probablement plus investis dans les démarches de prévention ou plus sensibles à la situation de précarité des patients.

Nous avons choisi de mener l'étude sur les MG installés dans la circonscription de la CPAM de Pau. Ce milieu n'est pas strictement superposable à la région Aquitaine. En effet, la moyenne des pourcentages des patients avec la CMU des MG de la circonscription de la CPAM de Pau est de 6.23%, contre 7.25% en Aquitaine.

b) Profil de précarité de la patientèle des MG

Nous avons choisi d'identifier deux groupes de MG pour l'analyse, en fonction de leur pourcentage de patient avec la CMU sur leur RIAP. Nous avons fixé le chiffre de référence à 7.25%, car il s'agit de la moyenne régionale des pourcentages de patients avec la CMU figurant sur tous les RIAP des MG d'Aquitaine, mais aussi pour permettre des comparaisons avec des études ultérieures.

Ce choix a induit des inégalités d'effectifs dans les sous groupes de MG formés, car la moyenne des pourcentages des patients avec la CMU des MG de la circonscription de la CPAM de Pau est de 6.23%, et que notre échantillon est représentatif de cette circonscription.

Les MG à faible patientèle précaire étaient plus représentés par rapport aux autres (70.1% versus 29.9% dans la première partie de l'étude, 64.9% versus 35.1% dans la seconde partie de l'étude). Cela s'explique par le fait que certains MG ont donc été considérés comme à faible patientèle précaire alors que leur pourcentage de patients avec la CMU était entre 6.23% et 7.25%.

Les MG à forte patientèle précaire avaient un profil d'activité professionnelle équivalent aux médecins à faible patientèle précaire. Seul différait leur lieu d'exercice qui était significativement plus en milieu urbain, versus en milieu semi urbain pour les MG à faible patientèle précaire.

c) Recrutement des patients

Du fait de notre méthodologie, il existe un biais de recrutement des patients. En effet l'inclusion des patients se faisait à la seule initiative des MG investigateurs. Ces derniers devaient inclure les 6 prochains patients vus en consultation et répondant aux critères d'inclusion. Ces consignes ont pu ne pas être respectées à cause de contraintes liées au fonctionnement du cabinet (manque de temps, retard dans les consultations, consultation plus longue) ou à cause du patient lui-même (patient non compliant, non disponible, autres problèmes prioritaires).

Le MG pouvait préférentiellement choisir un patient avec qui il entretenait une bonne relation, ainsi qu'un bon suivi thérapeutique, une optimisation des mesures de prévention et qui relevait des deux

dépistages des cancers. Il est donc possible que ces patients sélectionnés aient été plus compliants à la démarche de prévention des cancers.

Parmi les 222 patients inclus, 61.7% étaient des femmes. Ce sex-ratio, nettement en faveur de la population féminine s'explique en partie par le fait que celle-ci consulte davantage que la population masculine dans la tranche d'âge concernée. Un article rapporte que 55% des consultations ou visites du MG concerne des femmes) (57). Cependant, il semble persister une surreprésentation féminine : le fait que le dépistage du cancer du sein, qui ne touche par définition que les femmes, peut sans doute expliquer cela, mais nous n'avons retrouvé aucune donnée de la littérature qui puisse le confirmer.

Afin de limiter un biais de recrutement des patients en situation de précarité, nous avons créé cette variable lors de l'analyse à partir des données professionnelles (sans emploi), de domiciliation (logement social) et/ou de la couverture sociale (CMU ou AME ou CMU et CMU-C ou CMU et ACS) figurant dans le questionnaire « patient ».

2. Recueil des données

a) Le questionnaire « médecin »

Nous remarquons *a posteriori* que dans le questionnaire « médecin » :

- La question concernant le volume de la patientèle sur le RIAP a pu prêter à confusion pour certains MG, car les données sont renseignées sur le RIAP en nombre d'actes/semaine. Ce qui a pu induire des erreurs de certains d'entre eux.
- Pour la question du pourcentage puis du nombre de patients vus par jour en situation de précarité, les réponses ont pu être influencées par le pourcentage de patients en CMU sur leur RIAP rempli précédemment. Par ailleurs, elle n'est pas formulée de façon assez précise pour l'analyse, car nous avons omis de demander le nombre exact de patients vus par jour en consultation.
- Les questions concernant les critères utilisés par le MG pour considérer la situation de précarité d'un patient n'auraient pas dû proposer la réponse « ne sait pas ». Ces dernières ont été considérées comme nulles après l'analyse descriptive.
- Les questions concernant les difficultés éprouvées à proposer le DO des cancers aux patients en situation de précarité n'auraient pas dû proposer la réponse « ne sait pas ». Ces dernières ont été considérées comme nulles après l'analyse descriptive.

b) Le questionnaire « patient »

En ce qui concerne le questionnaire patient, plusieurs points ont attiré notre attention *a posteriori* :

- Pour la question concernant l'emploi du patient inclus, nous n'avons pas précisé si celui-ci était retraité. La réponse « ne sait pas » n'avait pas lieu d'être pour cette question.
- En ce qui concerne la couverture sociale du patient, nous avons omis la possibilité d'avoir la CMU-C ou l'ACS seule.
- Les questions concernant le DO du CCR et du cancer du sein n'auraient pas dû proposer les réponses « ne sait pas » comme possibilité de réponse. Ces dernières ont été considérées comme nulles après l'analyse descriptive.

3. Une enquête déclarative

Les limites de l'enquête déclarative sont l'écart entre les pratiques déclarées et les pratiques réelles des MG et des patients. Nous savons que les MG ont tendance à souvent déclarer ce qui se rapproche des normes en termes de pratique.

Les questionnaires « patient » ont été remplis par le MG. Lors de l'expression des motifs des patients concernant leur refus de réaliser les tests de dépistage des cancers, il s'agissait du MG qui interrogeait son patient, et retranscrivait sa réponse. Le MG pouvait donc malgré lui proposer un « filtre » aux réponses de ses patients.

Nous avons décidé de ne pas faire une auto évaluation du dossier médical du patient par le MG car la qualité moyenne des dossiers médicaux en médecine générale est insuffisante (seul un quart des dossiers est complet et conforme aux recommandations, quel que soit le cancer) (50).

4. Modalités de réalisation de l'étude

Nous avons décidé de réaliser l'étude en 2 phases et donc avec 2 envois postaux. La période d'envoi des questionnaires « patient » (fin Juin) a pu retarder ou faire abandonner les réponses, du fait des vacances scolaires.

Cette méthode a été retenue pour :

- Obtenir un fort taux de réponse des MG lors de la première phase avec un questionnaire « rapide ».
- Obtenir une meilleure acceptabilité des MG de participer au recueil des données des questionnaires « patient », en demandant leur accord, prenant en considération un éventuel biais de sélection de ce groupe de médecins.
- Améliorer le taux de réponse de la deuxième partie de l'étude, car les MG sont volontaires pour participer.
- Des raisons logistiques (notamment les moyens matériels disponibles et le coût de réalisation).

5. Taux de participation

a) Un fort taux de réponse au questionnaire « médecin »

Le taux de réponses du questionnaire « médecin » de **38.5%** est plutôt satisfaisant.

Sur une thèse abordant la problématique des motivations et réticences des MG de l'Essonne à proposer les DO du cancer du sein et du CCR (13), soutenue en 2007, un taux de réponse de 29.6% avait été obtenu.

b) Un faible taux de réponse au questionnaire « patient »

Malgré 95 MG ayant accepté de participer à la seconde phase de l'étude, seuls 38.9% d'entre eux ont renvoyé les questionnaires « patient », soit 9.7% de la totalité des MG contactés initialement, ce qui impute probablement la validité des données obtenues.

Le recueil comprenait 6 questionnaires concernant les 6 prochains patients qui seraient vus en consultation par le MG et incluables dans l'étude. Cela demandait du temps au MG pour les remplir.

Nous avons procédé à deux relances téléphoniques exhaustives de tous les MG répondant aux conditions d'inclusion. À la fin du mois d'Août et au début du mois de Septembre 2013. Nous avons également réexpédié à 6 médecins les questionnaires de la seconde phase de l'étude (questionnaires patients) ainsi que les courriers d'accompagnement, début Septembre (par courrier électronique, fax). Ceci a permis de passer d'un taux de participation de 29.5% à 38.9% parmi les 95 médecins.

Lors des relances téléphoniques, certains MG ont exprimé des difficultés. Ils ont mis en avant le fait qu'ils n'avaient pas encore rempli les questionnaires, qu'ils avaient peu de patients en situation de précarité, qu'ils avaient trop de travail, trop de retard administratif pour l'instant, que ces 6 questionnaires seraient long à remplir. Enfin, certains n'étaient finalement plus intéressés pour participer.

6. Représentativité de l'échantillon des MG

Notre échantillon de MG dans la première partie de l'étude est **représentatif** par rapport à la **circonscription de la CPAM de Pau**. En effet la moyenne des pourcentages des patients avec la CMU des MG de la circonscription de la CPAM de Pau est de 6.23%, et celle des MG de notre étude est de 6.24%.

7. Caractéristiques des patients en situation de précarité

La précarité se définit par un phénomène multidimensionnel et un état dynamique (20). Catégoriser une population à un moment donné est forcément restrictif et incomplet. Dans notre étude, nous avons utilisé des critères pour identifier les patients en situation de précarité, mais nous n'avons pas pu inclure tous les patients considérés comme précaires selon d'autres critères (tels que ceux définis dans le score EPICES par exemple (35)).

Toutefois, nos critères utilisés pour caractériser la situation de précarité du patient correspondent aux trois principaux critères signalés par les MG. De plus, ce sont les données qui se trouvent dans le dossier médical (58), excepté le caractère social du logement. En effet, selon l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), les données à recueillir dans le dossier médical du patient concernant la profession du patient est indispensable, celles concernant la couverture sociale, le tiers payeur et la mutuelle sont souhaitables (58).

Ces éléments montrent que **notre recueil des patients en situation de précarité est adapté aux soins primaires**.

8. Représentativité de l'échantillon des patients en situation de précarité

Le profil des patients en situation de précarité inclus était majoritairement des femmes (72%). Par rapport à notre échantillon global des patients qui avait 61.7% de femmes, les femmes en situation de précarité sont sur représentées dans l'échantillon de patients en situation de précarité.

Cela peut s'expliquer par le fait que plus de femmes ont consulté sur la période de notre étude, mais aussi que les femmes sont plus en situation de précarité que les hommes (22).

Dans notre étude, nous avons constaté une sur représentation des patients bénéficiant de la CMU de base, par rapport aux données issues de la CPAM de Pau. En effet, les patients bénéficiant de la CMU de base étaient 12.3% dans notre étude versus 1.7% des patients affiliés à la CPAM de Pau. Ceux bénéficiant de la CMU et de la CMU-C étaient 2.3% versus 1.3%. A noter que selon les données de la CPAM de Pau, 3.3% des patients bénéficient de la CMU-C.

En revanche, en ce qui concerne les patients bénéficiant de l'ACS, les données de notre étude étaient concordantes avec celles de la CPAM de Pau (0,9% vs 1,1%).

Nous ne disposons pas des données des patients affiliés aux autres régimes (régime social des Indépendants, régime agricole) mais on peut penser que ce fait influe peu sur les résultats car 90% des patients en France sont affiliés au régime général (26).

B. Critères retenus par les Médecins Généralistes pour considérer la situation de précarité d'un patient

Pour que les MG puissent adapter leurs pratiques envers les patients en situation de précarité (17), ils doivent d'abord les « repérer » (59).

Dans notre étude, nous avons voulu savoir quels critères les MG utilisaient en pratique courante pour considérer la situation de précarité de leur patient.

La majorité d'entre eux retenaient les critères comme l'**absence de logement**, la **couverture sociale**, l'**absence d'emploi**, les **demandes de délais de paiement**, pour considérer la situation de précarité d'un patient. La moitié d'entre eux retenait également le critère de **demande d'acte médical gratuit**.

En revanche, plus de la moitié d'entre eux déclaraient ne pas retenir les critères tels que la présentation de la personne et de la famille, les motifs et la fréquence des consultations.

Ces résultats sont concordants avec ceux de la littérature, sauf pour le contexte familial (54).

L'OMS a identifié depuis 2004 des déterminants sociaux de santé qui sont utiles au MG pour reconnaître plus régulièrement des patients en situation de précarité (33). Mais la complexité de certaines questions et la difficulté de leur intégration dans l'anamnèse habituelle, rendent leur utilisation peu aisée en pratique clinique. Différents scores ont été testés, dont le score EPICES utilisé dans les CES (35), mais aucun n'a été validé jusqu'alors en soins primaires (54).

Dans notre étude, nous avons constaté que **la majorité des MG à forte patientèle précaire utilisait** les critères de la **présentation de la personne et de la famille**, alors que **les MG à faible patientèle précaire ne l'utilisaient pas** (différence significative). Pour le motif des consultations, les résultats sont également à nuancer car la majorité des MG qui ne retenait pas ce critère était des MG à faible patientèle précaire.

Le MG a moins de mal à évaluer la situation de précarité du patient s'il est plus souvent confronté à cette catégorie de patients, mais ses connaissances sont acquises de façon empirique (54) (55). De plus, une étude avait montré que la moitié des MG se posait la question de la vulnérabilité sociale, alors que les autres ne se la posaient que rarement (54).

La présentation de la personne et de la famille sont des critères plus utilisés pour caractériser la situation de précarité d'un patient chez les MG à forte patientèle précaire. Est-ce parce qu'ils jugent ce critère comme « valide » dans leur pratique ?

Les motifs des consultations retrouvés dans notre étude sont, pour la plupart d'entre eux, identiques à ceux de la littérature (31). Cependant, dans notre étude, les MG ont évoqués des troubles alimentaires chez ces patients, qui n'étaient pas identifiés à l'époque. En effet, les patients en situation de précarité ont une forte prévalence de pathologie telle que l'obésité (60). Et les médecins n'ont pas évoqué de façon distincte les motifs de consultation liés au retentissement de la précarité sur la cellule familiale, ni les pathologies broncho pulmonaires ou digestives (31).

C. Estimation de la situation de précarité des patients vus en consultation

Si 77.6% des MG, pris dans leur ensemble, estimaient que moins de 10% des patients vus en consultation par jour étaient en situation de précarité, 20.4% d'entre eux estimaient en voir entre 10 et 30% par jour.

Nous ne pouvons cependant pas corrélérer ces pourcentages au nombre exact de patient vus par jour par le MG et nous ne savons pas comment les MG ont estimé ce chiffre, ils peuvent avoir pris en compte leur pourcentage de patient en CMU par rapport au nombre total de patients vus quotidiennement.

Nous avons donc décidé, du fait de ces imprécisions, de ne pas exploiter cet item.

D. Prescription du DO des cancers par le Médecin Généraliste et réalisation du DO des cancers

1. Prescription du DO des cancers par le MG

a) Importance du rôle perçu par le MG dans la proposition du DO des cancers, chez les patients en situation de précarité

Dans notre étude, 61.2% des MG estimaient que leur rôle dans la proposition du DO des cancers chez les patients en situation de précarité était **aussi important** que pour les autres patients.

Ces résultats sont comparables aux données de la littérature concernant tous les patients, sans faire la distinction entre leur situation de précarité. En effet, 66 % des MG considèrent leur rôle dans le DO du CCR comme étant indispensable, il en est de même pour 60 % d'entre eux en pour le DO du cancer du sein (12).

Cependant, **35.4% des MG interrogés** dans notre étude estimaient que leur **rôle était plus important** dans cette population. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les réponses des deux sous-populations de MG.

b) Fréquence de la proposition du DO des cancers chez les patients en situation de précarité, selon les MG

Parmi les 147 MG interrogés, **la majorité d'entre eux (85%)** déclaraient **proposer aussi souvent le DO des cancers aux patients en situation de précarité** par rapport aux autres patients. Parmi les MG ayant justifié cette réponse, la principale raison (84%) évoquée était de garantir une égalité des soins entre les patients en situation de précarité et les autres. Il n'existait pas d'influence de la précarité de la patientèle des MG sur les réponses.

10.2% des MG déclaraient le **proposer plus souvent**. Les raisons évoquées étaient le fait que ce sont des patients à risques (46.7%), ayant un accès aux soins facilité par le dispositif du DO (40%) et avec suivi irrégulier (13.3%).

Seulement **4.8% des MG** déclaraient le **proposer moins souvent**. La majorité d'entre eux estimait que ces patients avaient d'autres priorités que le DO des cancers. Cette notion a déjà été décrite dans la littérature (19).

A noter que seulement 46 MG avaient justifié leurs réponses, mais tous les MG qui avaient déclaré proposer plus ou moins souvent le DO des cancers l'avaient justifié.

c) Fréquence de proposition du DO des cancers par les MG, selon les patients

(1) Pour le DO du CCR

Parmi les patients ayant réalisé le test de dépistage du CCR, seuls **30.6%** d'entre eux déclaraient que **le test du dépistage du CCR** avait été **proposé par leur MG**.

Compte tenu du faible effectif ayant eu une proposition du test par le MG et un taux de réalisation élevé du test, cela veut dire que 60.4% des patients qui réalisent le test ont eu la proposition de faire le test autrement que par leur MG. Le DO du CCR peut être proposé par d'autres structures de dépistage. De plus, le réseau PYRADEC peut envoyer directement le test au domicile du patient (38), si celui-ci n'a pas donné suite à plusieurs des courriers envoyés l'incitant à consulter son MG. De même, le médecin du CES peut remettre aux patients un test de DO du CCR lors des bilans de santé, si le patient n'est pas à jour.

Or, une étude publiée en 2007 sur les facteurs d'adhésion au DO du CCR, réalisée par auto questionnaires des patients dans les départements pilotes a montré que 85 % des tests remis par les MG étaient réalisés par les patients, versus 15 % en cas d'envoi postal direct (45). De même, la politique de prévention actuelle souhaite mettre le MG en position centrale du dépistage (7).

On peut donc se demander si la place actuelle du MG dans la proposition du test du DO du CCR est suffisante pour l'adhésion des patients à ce dépistage.

Parmi les patients qui déclaraient que le MG leur avait proposé le test, 26.3% des patients étaient en situation de précarité versus 31.9% qui ne l'étaient pas. Cette différence n'était pas statistiquement significative.

Ces résultats paraissent en concordance avec ce que les MG avaient déclaré dans la première phase de l'étude, à savoir qu'ils proposaient majoritairement le DO des cancers aussi souvent aux patients en situation de précarité qu'aux autres.

(2) Pour le DO du cancer du sein

Parmi les patientes ayant réalisé le test du DO du cancer du sein, **seulement un quart (25.3%) d'entre elles déclarait que le test avait été proposé par leur MG**. Trois quarts (74.7%) des patientes réalisaient donc le test sans qu'il ait été proposé par le MG. L'organisation de la procédure de DO du cancer du sein ne passe pas par le MG directement, puisque les femmes relevant du DO sont invitées dans les centres de radiologies à faire la mammographie (40). Les résultats sont ensuite communiqués par courrier au médecin traitant.

On peut se demander si la place actuelle du MG dans la proposition du test du DO du cancer du sein est suffisante pour l'adhésion des patientes à ce dépistage.

26% des patientes en situation de précarité versus 73.9% des autres déclaraient que le MG leur avait proposé le test du DO du cancer du sein. Parmi les patientes en situation de précarité, seules 18.2% d'entre elles déclaraient que le test leur avait été proposé par le MG. Ces résultats n'étaient cependant pas statistiquement significatifs.

Les patientes en situation de précarité ont tendance à déclarer une sous proposition du test du DO du cancer du sein par leur MG par rapport aux autres patientes. Ces résultats paraissent en discordance avec le fait que les MG déclaraient majoritairement proposer autant le DO des cancers aux patients en situation de précarité qu'aux autres.

Sous réserve du biais lié au caractère déclaratif de l'enquête et en dépit du caractère non significatif des différences mises en évidence, on retiendra tout de même une distorsion des points de vue. Il est difficile d'interpréter ces différences ici, mais une analyse plus approfondie serait intéressante, la littérature ayant déjà exploré les réticences des patients et les freins des prescripteurs à la pratique des dépistages.

Etant donné que pour les trois quart des patientes réalisant le DO du cancer du sein, le test leur a été proposé par PYRADEC, une solution pourrait être que PYRADEC et les autres structures de dépistage puissent cibler directement les femmes en situation de précarité.

d) Autres modalités de proposition du DO des cancers que par le MG

(1) Pour le CCR

Parmi les patients ayant réalisé le test du DO du CCR, **quasiment la totalité d'entre eux (91%) déclaraient que le test leur avait été proposé par PYRADEC**.

En 2009, une étude avait montré que 62 % des personnes de la population cible se souvenaient avoir reçu la lettre d'invitation au dépistage du CCR (46).

Il est possible que les différentes campagnes d'information pour sensibiliser la population au DO du CCR, pour faire connaître les techniques de dépistage ont permis aux patients de mieux se souvenir qu'ils avaient reçu l'invitation au dépistage par PYRADEC.

On peut tout de même remarquer que 9% d'entre eux déclaraient que le test ne leur avait pas été proposé par PYRADEC, aucun d'entre eux n'avaient répondu ne pas savoir. Ceci peut montrer les limites de notre enquête déclarative, que les patients considèrent que ce n'est pas PYRADEC qui leur a proposé si le MG l'a fait, ou qu'il existe des failles d'organisation du DO.

(2) Pour le cancer du sein

Parmi les 91 patientes ayant réalisé le test du DO du cancer du sein, **la plupart (86.8%)** déclaraient que le **test avait été proposé par PYRADEC**.

A noter que 12% des patientes déclaraient que le test ne leur avait pas été proposé par PYRADEC.

Parmi les patientes ayant réalisé le test du DO du cancer du sein, **seules 18.7% déclaraient que le test avait été proposé par leur gynécologue**.

Plus de femmes déclaraient que le test avait été proposé par leur médecin traitant que par leur gynécologue.

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre la proposition du test du DO du cancer du sein par le gynécologue et la situation de précarité du patient.

D'après une étude, publiée en 2011 par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), portant sur la prévention en médecine générale et la place des inégalités sociales et leur réduction, l'accès au gynécologue reste un des obstacles de la participation des patientes au DO du cancer du sein (61).

2. Réalisation du DO des cancers par les patients

a) *Fréquence de réalisation du test du DO du CCR par les patients*

Parmi les patients relevant du dépistage du CCR, **plus de la moitié des patients (55.2%)** avaient **réalisé le test dans les 24 mois précédant le début de l'enquête**.

En 2010, l'INPES a publié une étude concernant les pratiques de dépistage des cancers en France (dans le Baromètre Cancer 2010) dans le cadre des évaluations des programmes nationaux des DO. Elle a permis de montrer que 44.5% des personnes interrogées, âgées de 50 à 74 ans, déclarent avoir effectué un test de dépistage du CCR dans les deux dernières années. 51.6% au cours de leur vie (47).

Par rapport à cette étude, d'avantage de patients avaient effectué le test dans notre enquête (44.5% vs 55.2%). La tranche d'âge n'était cependant pas complètement identique. On peut également

penser que depuis 3 ans, plus de personnes réalisent le test, en parallèle avec l'augmentation progressive constatée du taux de participation au DO du CCR.

Dans notre étude, le test avait été plus réalisé par les femmes (56.8%) que par les hommes (43.2%), sans que cette différence ne soit significative. Cette tendance a déjà été montrée dans la littérature : la participation est plus élevée chez les femmes que chez les hommes au DO du CCR, quelle que soit la classe d'âge observée (5) (47).

b) Fréquence de réalisation du test du DO du cancer du sein par les patients

Parmi les patientes relevant du DO du cancer du sein, **trois quart des patientes (74.6%)** avaient **réalisé le test dans les 24 mois précédents le début de l'enquête.**

Dans les données observées dans l'étude du Baromètre Cancer 2010, 87,5 % des femmes âgées de 50 à 74 ans (un échantillon de milliers de femmes), déclaraient avoir eu une mammographie au cours des deux dernières années. Ce résultat comptabilisait indifféremment l'utilisation du DO ou du dépistage individuel (47).

E. Freins à la proposition du DO des cancers, perçus par le Médecin Généraliste, chez les patients en situation de précarité

Parmi les 147 MG de la première partie de l'étude, si **68.7% d'entre eux n'éprouvaient pas plus de difficultés à proposer le DO des cancers aux patients en situation de précarité**, ils étaient tout de même **29.3% à en éprouver.**

Près de la moitié des MG (52.2%) éprouvant plus de difficultés ou ne sachant pas, déclaraient ne pas trouver de différence entre le sexe du patient alors que 30.4% trouvaient que leurs difficultés étaient différentes selon le sexe du patient.

1. Influence de la précarité de la patientèle du MG

- **La majorité des MG à faible patientèle précaire (81.2%) n'éprouvaient statistiquement pas plus de difficultés à proposer le DO des cancers chez les patients en situation de précarité.**

Les MG à faible patientèle précaire, peu confrontés à la précarité, ont plus de mal à évaluer la situation de précarité d'un patient que les MG qui sont confrontés plus souvent à ces patients (55). Ils rencontrent plus de difficultés dans la relation médecin-patient, expriment des incompréhensions face à certains comportements répétés de leurs patients (inobservance, refus de soin, conduite d'évitement,...). Cela peut les amener à ressentir des sentiments négatifs influant sur la relation médecin-patient (16).

Nos résultats semblent donc en contradiction avec les données trouvées dans la littérature et notre hypothèse de l'étude.

Une explication pourrait être que comme ils ne sont pas ou peu confrontés à des patients en situation de précarité, ils les identifient moins et agissent en pratique comme pour tous leurs patients. Par ailleurs, ces MG n'ont pas peut-être pas encore réfléchi sur ce sujet.

- Alors que **plus de la moitié des MG à forte patientèle précaire (55.8%)** éprouvaient statistiquement **plus de difficultés à proposer le DO des cancers chez les patients en situation de précarité.**

Les MG les plus expérimentés ont intégré une partie des déterminants sociaux de la santé, parce qu'ils sont confrontés à ce problème régulièrement et depuis plus longtemps. Ils déterminent mieux la vulnérabilité sociale des patients. Ils identifient mieux les pathologies à l'origine d'une surmortalité, qui relèvent de pratiques préventives (53) (54).

Contrairement à notre hypothèse de départ, les MG à forte patientèle précaire, même s'ils sont plus souvent confrontés aux problématiques de ces patients, éprouvent plus de difficultés à proposer le DO des cancers à ces patients, que les MG à faible patientèle précaire. Ils se sont déjà sentis en difficultés dans leur pratique et ont donc probablement eu une réflexion à ce sujet.

2. Influence de la situation de précarité du patient lui-même

a) Antécédents de renoncement aux soins des patients

La majorité des MG (81.4%) déclarait éprouver plus de difficultés à proposer le DO des cancers aux patients en situation de précarité à cause du mode de fonctionnement de ces patients et plus particulièrement en cas de **renoncement aux soins antérieurs.**

Plusieurs études ont montré que la complexité de l'acte médical pour les patients vulnérables est majorée d'un facteur 4.5 pour le retard et le renoncement aux soins (15). De même, le refus antérieur du patient à réaliser le test est un obstacle dans l'implication du MG dans la proposition du DO du CCR (52).

b) Absence de demande de prévention du patient ressentie par le MG

Dans notre étude, nous avons constaté que **69.8% des MG** éprouvaient des difficultés à proposer le DO des cancers aux patients en situation de précarité car ces derniers ne **consultent qu'en cas d'urgence.** De même, les **trois quart de ces médecins (74.4%)** trouvaient que les **demandes faites par ces patients sont des demandes complexes** faites de souffrances physiques, psychiques et sociales.

Plusieurs études ont déjà identifié ce fait comme un frein à la prévention en médecine générale dans la population globale mais aussi chez le patient en situation de précarité (14) (17) (56).

c) Les comportements à risques de ces patients

72.1% des MG déclaraient éprouver plus de difficultés à proposer le DO des cancers aux patients en situation de précarité à cause **des comportements à risque** des ces patients.

Ce trait comportemental des patients en situation de précarité avait déjà été identifié comme influant sur l'état de santé (31), mais il n'est pas à ce jour connu comme un frein aux actions de prévention dans cette population au sens large, ni aux DO des cancers.

Plus de la moitié des MG déclarait ne pas éprouver plus de difficultés à proposer le DO des cancers aux patients en situation de précarité pour des contraintes financières du patient (les difficultés de paiement de ces patients) ou des contraintes relationnelles avec le patient (l'absence de relation de confiance médecin-malade).

Alors que l'absence de relation de confiance médecin-malade n'était pas considérée en 1999, comme un frein à la prévention par le MG chez le patient en situation de précarité, les difficultés de paiement de ces patients étaient considérées comme un obstacle par les MG (14).

Il est intéressant de constater une levée de l'obstacle des difficultés de paiement du patient en situation de précarité, probablement grâce aux actions menées pour favoriser l'accès aux soins de ces patients.

Les résultats étaient plus nuancés en ce qui concerne les contraintes culturelles du patient (la fatalité du patient devant la maladie) et d'autres contraintes relationnelles que celles déjà évoquées (le sentiment de solitude du patient du fait d'absence de soutien de son entourage).

Une étude, publiée en Octobre 2013, a observé l'implication des MG dans le DO du CCR, dans le département du Val-de-Marne. 27 MG ont réalisé 77 auto-observations de situations à risque de non-réalisation du test de dépistage à l'aide d'un cahier de réflexion (52). Parmi les obstacles auxquels sont confrontés les MG lors de la proposition du test, certains liés au patient ont été retrouvés : le refus sans motivation exprimée, la réticence au dépistage, le refus antérieur, un test antérieur négatif, la dépression chronique, la peur du cancer, la peur de savoir, la non priorité du patient, la réticence à l'analyse des selles (52).

Ces obstacles n'étant pas identifiés au début de notre étude, nous n'avons pas pu exploiter ces résultats dans notre étude.

3. Influence de la position du MG

a) Une contrainte technique du MG : le manque de temps

Un peu plus de la moitié des MG (53.5%) déclarait éprouver plus de difficultés à proposer le DO des cancers aux patients en situation de précarité par **manque de temps**.

De plus, ces contraintes techniques étaient significativement plus déclarées par les MG à forte patientèle précaire.

Cet obstacle a déjà été décrit dans la littérature, lors de l'accompagnement des patients en situation de précarité (16), mais aussi comme un frein à la prescription du DO des cancers (13) (52), même s'il n'est pas considéré comme un frein majeur par les MG (13).

b) Une contrainte financière du MG : une consultation plus longue sans cotation particulière de l'acte

Plus de la moitié des MG (53.5%) déclarait éprouver plus de difficultés à proposer le DO des cancers aux patients en situation de précarité pour **des contraintes financières**.

Plusieurs études ont déjà montré que l'absence de rémunération est un frein à la prescription du DO des cancers (13) (53), mais il n'est pas considéré comme un frein majeur par les MG (13).

Cependant, dans l'étude ayant observé l'implication des MG dans le DO du CCR (dans le département du Val-de-Marne), il n'a pas identifié comme un obstacle lors de la proposition du DO du CCR aux patients par le MG (52). Cette étude ne prenait pas en compte la situation sociale du patient comme paramètre, ce qui limite sa portée par rapport à notre travail.

c) Une contrainte de compétence du MG : un sentiment d'inutilité dans ce contexte de difficultés sociales

Les MG à forte patientèle précaire ressentent significativement plus un **sentiment d'inutilité dans le contexte de difficultés sociales du patient**, par rapport aux MG à faible patientèle précaire.

Plus de la moitié des MG déclarait ne pas éprouver plus de difficultés à proposer le DO des cancers aux patients en situation de précarité. En effet, ils ne ressentent pas de contrainte technique (telle que la lourdeur administrative), ni de contraintes de compétences (comme un manque de formation, un doute quand à l'efficacité de la prévention envers ces patients ou un sentiment d'inutilité dans ce contexte de difficultés sociales), ni de contrainte relationnelle (comme la peur de casser la relation «en parlant cancer»).

Ces résultats sont concordants avec les études déjà publiées sur les obstacles ressentis par le MG à la prévention des patients en situation de précarité (14).

Les résultats étaient plus nuancés en ce qui concerne d'autres contraintes de compétence du MG, telles que le doute de leur propre efficacité sur cette catégorie de patients et la difficulté de la mise à jour exhaustive du dossier médical.

A noter que la qualité des dossiers médicaux n'était pas retenue par les MG comme un frein, alors qu'elle est jugée insuffisante pour une gestion rigoureuse des dépistages des cancers (50).

4. Influence des examens du DO des cancers

Plus de la moitié des MG (51.2%) trouvaient que les **procédures du DO des cancers** étaient **inadaptées pour les patients en situation de précarité**.

A noter que l'organisation des DO des cancers a été identifiée comme un frein à la prescription du DO des cancers par les MG, même si ces derniers ne considèrent pas que ce soit un frein majeur (13).

5. Autres influences

Seuls 9 MG avaient évoqué d'autres difficultés non citées jusqu'alors. **La quasi-totalité d'entre eux (88.9%)** estimaient être en difficulté du fait **des problèmes de compréhension** des patients en situation de précarité, 11% avaient évoqué des problèmes de paiement de transport de ces patients pour réaliser la mammographie.

F. Freins à la réalisation des tests du DO des cancers par le patient en situation de précarité

1. Pour le DO du CCR

a) Influence de la situation de précarité du patient sur la réalisation du test du DO du CCR par le patient

Parmi les **patients en situation de précarité et relevant du DO du CCR, 69.4%** d'entre eux **n'avaient pas réalisé le DO du CCR** dans les 24 mois précédents le début de l'enquête.

La majorité des patients (82.9%) ayant réalisé le test n'étaient pas en situation de précarité.

Le test du DO du CCR était significativement moins réalisé lorsque le patient était en situation de précarité que lorsque qu'il ne l'était pas.

L'étude du Baromètre Cancer en 2010 avait noté que la participation augmentait avec les revenus, même si la différence n'était pas significative. Le fait de juger sa situation financière comme difficile demeurait un facteur influençant négativement la réalisation d'un test. C'était, selon les auteurs, probablement le signe que c'est surtout parmi les plus précaires que le recours au dépistage est moins bon (47).

A noter que nous ne savons pas si le pourcentage de test exploitable est différent selon les patients en situation de précarité et les autres.

b) Influence de l'activité professionnelle du patient sur la réalisation du test

Il existe une différence statistiquement significative entre la réalisation du DO du CCR et l'activité professionnelle des patients.

Parmi les 111 patients ayant réalisé le DO du CCR dans les 24 mois précédents le début de l'enquête : 48.6% étaient retraités, 41.4% avaient un emploi, et 10% étaient sans emploi.

La majorité des patients sans emploi (57.7%) ou ayant un emploi (51.6%) n'avaient pas réalisé le test du DO du CCR dans les 24 mois précédents. Par contre, **la majorité des retraités (67.5%) avaient bien réalisé le test** du DO du CCR dans les 24 mois précédents. Ces différences étaient significatives.

L'InVS a étudié le taux de participation en fonction des classes d'âges et a constaté que les personnes de plus de 60 ans adhèrent davantage au programme de dépistage du CCR que les individus plus jeunes, que ce soit pour les hommes ou pour les femmes. Cette caractéristique perdure depuis 2009

(5). Ceci peut expliquer probablement en partie la plus forte réalisation du test chez les retraités dans notre étude.

De plus, la première tranche d'âge des 50-54 ans, qui participe le moins, correspond souvent à des actifs pour lesquels la réalisation d'un test de recherche de sang dans les selles sur trois jours peut paraître compliquée, et pour qui le cancer reste une maladie du sujet plus âgé et donc une préoccupation éloignée (47). De même, il est connu qu'une situation financière jugée difficile par la personne interrogée est associée à une moindre participation (47).

c) Influence du profil de patientèle du MG sur la réalisation du test du DO du CCR par le patient

Parmi les **MG à faible patientèle précaire**, 41.7% des patients en situation de précarité avaient réalisé le test du DO du CCR (différence significative). **Plus de la moitié des patients en situation de précarité (58.3%) ne l'avaient pas réalisé.**

Parmi les **MG à forte patientèle précaire**, 23.7% des patients en situation de précarité avaient réalisé le test du DO du CCR versus **76.3% des patients en situation de précarité ne l'avaient pas réalisé.**

Contrairement à notre hypothèse de départ, les MG à forte patientèle précaire n'avaient qu'un quart de leurs patients en situation de précarité qui avait réalisé le test du DO du CCR.

Alors que les MG à faible patientèle précaire avaient certes beaucoup moins de patients en situation de précarité, mais ces derniers étaient un peu moins de la moitié à avoir réalisé le test du DO du CCR.

Dans notre étude des freins à la proposition du DO des cancers chez les patients en situation de précarité, nous avons retrouvé que les MG à forte patientèle précaire éprouvaient plus de difficultés à le proposer que ceux à faible patientèle précaire. Cela se confirme dans leurs « performances pratiques » puisque plus de patients en situation de précarité parmi les MG à forte patientèle précaire n'avaient pas réalisé le test du DO du CCR.

Une question serait de savoir si les MG à forte patientèle précaire priorisent d'autres actions que le test du DO du CCR envers ces patients en situation de précarité.

d) Motifs de refus de réalisation du test du DO du CCR

Parmi les patients relevant du DO du CCR mais n'ayant pas réalisé le test dans les 24 mois précédents, **moins de la moitié d'entre eux (48.4%) avaient exprimé à leur MG leur refus de faire le test.** Ce refus n'avait pas été plus exprimé par les patients en situation de précarité que par les autres.

La plupart d'entre eux (40.9%) déclaraient manquer de motivation, puis ils exprimaient oublier de le faire (15.9%). Ils déclaraient à la même fréquence (11.4%) : avoir d'autres problèmes médicaux sociaux prioritaires, craindre le résultat et les examens complémentaires en cas de test positif et avoir rencontré des problèmes techniques. Enfin, 9.1% d'entre eux déclaraient manquer de temps.

Ces données concordent avec les freins de participation au DO du CCR connus (ne pas se sentir concerné, l'absence de symptôme, la confusion entre dépistage et diagnostic ainsi que la peur liée aux résultats du dépistage et au cancer lui-même) (45).

A noter qu'une part non négligeable des patients avait rencontré des problèmes techniques les ayant conduit à refuser de faire le test. Ce frein à la participation des patients a bien été identifié par l'HAS qui devrait modifier les modalités de dépistage dans le sens de la simplification du test (test immunologique réalisé sur un prélèvement unique de selle) (8).

2. Pour le DO du cancer du sein

a) Influence de la situation de précarité du patient sur la réalisation du test du DO du cancer du sein par la patiente

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre la réalisation du test du DO du cancer du sein, dans les 24 mois précédents le début de l'enquête et la situation de précarité des patientes.

Cependant, on peut noter que 67.4% des patientes en situation de précarité l'avaient réalisé, contre 86.6% des patientes non en situation de précarité.

Les patientes en situation de précarité ont donc tendance à moins réaliser le test du DO du cancer du sein que les autres patientes, sans que cette différence ne soit significative.

b) Influence de l'activité professionnelle du patient sur la réalisation du test

Il n'existe pas de différence significative entre la réalisation du DO du cancer du sein et l'activité professionnelle des patientes.

Parmi les patientes ayant réalisé dans les moins de 24 mois le test du DO du cancer du sein, la répartition de l'activité professionnelle des patientes était la suivante : la majorité d'entre elles (46.2%) étaient retraitées, 35.1% avaient un emploi et 18.7% étaient sans emploi. Ce sont donc les patientes retraitées qui réalisaient le plus le test.

Nos résultats sont en concordance avec ceux de la littérature. En effet, pour la réalisation de la mammographie, il n'existe pas de différence en fonction du niveau d'éducation, de la catégorie socioprofessionnelle ou du revenu. Cependant, les difficultés financières des patientes restent un obstacle au dépistage (61).

A noter que nous n'avons pas pu mettre en évidence ce dernier point dans notre étude.

c) Influence du profil de patientèle du MG sur la réalisation du test du DO du cancer du sein par la patiente

Les patientes en situation de précarité avaient plus réalisé le test du DO du cancer du sein lorsque leur MG avait une forte patientèle précaire par rapport à un MG à faible patientèle précaire

(70.4% versus 63.6%), sans que ces différences ne soient significatives. Cela confirme notre hypothèse de départ.

d) Motifs de refus de réalisation du test du DO du cancer du sein

Parmi les patientes qui n'avaient pas réalisé le test dans les 24 mois précédents le début de l'enquête ou dont les médecins ne savaient pas, **71% des patientes n'avaient pas exprimé le motif de leur refus à leur MG**. Ce refus n'avait pas été plus exprimé par les patientes en situation de précarité que par les autres.

Parmi les 29% d'entre elles qui l'avaient exprimé, la plupart (33.3%) déclaraient avoir oublié de le faire. Elles estimaient avoir d'autres problèmes médico-sociaux prioritaires (22.2%), manquer de temps (22.2%), ne se sentaient pas concernées par le dépistage (11.1%) et craignaient le résultat du test (11.1%).

D'après la littérature, les caractéristiques des patientes non participantes au DO du cancer du sein et en situation de précarité ont été identifiées : une vision fataliste et pragmatique des maladies, peur du cancer, un acte sans sens préventif pour elle (patiente dépistée sans le savoir ou un acte vécu comme « imposé » par les institutions). Elles fréquentent régulièrement un MG qui ne semble pas, selon elles, avoir une attitude entreprenante à l'égard du dépistage du cancer du sein, ni ne les encourage à participer aux campagnes de dépistage (9).

Ceci peut expliquer en partie le très fort taux de non expression du motif de refus de réalisation du test du DO du cancer du sein au MG retrouvé dans notre étude.

CONCLUSION

Dans le cadre du Plan Cancer 2009-2013, l'HAS recommande des actions pour favoriser l'adhésion aux DO des cancers de la population cible et précise le rôle central du médecin traitant. De plus, le Plan Cancer indique que les MG doivent être mobilisés afin de réduire les inégalités d'accès et de recours au dépistage des patients, qu'elles soient socio-économiques, culturelles ou territoriales, lui donnant ainsi un rôle dans la promotion de la santé publique et dans les réductions des inégalités sociales de santé.

Les patients en situation de précarité font partie de la population participant de façon moindre au DO des cancers. La proximité et l'accessibilité de ces patients aux MG devrait permettre de corriger les inégalités d'accès et de recours au dépistage des patients. Or, les MG éprouvent à la fois des difficultés à proposer les DO des cancers pour des raisons qui leur sont propres (manque de temps, de rémunération, insuffisance de qualité des dossiers médicaux, absence de vérification systématique de la réalisation des actes de dépistage), mais aussi des difficultés dans la prise en charge des patients en situation de précarité eux même et pour réaliser des actes de prévention dans cette population.

Notre étude a montré que la majorité des MG reconnaissait la situation de précarité des patients par des critères usuels (l'absence de logement, la nature de la couverture sociale, l'absence d'emploi, les demandes de délais de paiement). De même, les critères de présentation de la personne et de sa famille étaient aussi discriminants pour ceux qui sont le plus confrontés à une patientèle en situation de précarité.

Il apparaît donc qu'une information de l'ensemble des professionnels de santé sur la prise en compte de ces critères de présentation est nécessaire, de manière à mieux reconnaître et prendre en charge les populations défavorisées. De plus, il semble que la validation d'un score de précarité en soin primaire permettrait de constituer un outil afin d'aider les MG à reconnaître plus facilement ces patients.

Contrairement à notre hypothèse de départ, la majorité des MG déclarait proposer aussi souvent le DO des cancers aux patients en situation de précarité par rapport aux autres patients, alléguant l'égalité de distribution des soins. Ces données ont été confirmées par le fait que nous n'avons pas retrouvé de différence (déclarée par le patient) de proposition du test par le MG et la situation de précarité du patient. Cependant, la proposition du test du DO des cancers, par les MG, reste très modeste (pour 30.6% et 25.3% de l'ensemble des patients pour le CCR et le cancer du sein respectivement) et l'on pourrait suggérer que quelques actions supplémentaires de la part des instances sanitaires permettraient d'accroître encore l'implication des médecins traitants, dont le rôle a été maintes fois démontré dans la promotion et l'efficacité du DO des cancers.

La coordination des soins entre les structures de gestion départementales du DO des cancers et les MG doit être renforcée. Le courrier d'invitation au DO, que ce soit du CCR ou du cancer du sein,

pourrait non seulement être envoyé au patient mais également à son médecin traitant. Cela permettrait au MG, en sachant que son patient a reçu l'invitation au dépistage, de s'enquérir de la réalisation du test plus aisément.

Dans notre étude, les principales difficultés exprimées par plus de la moitié des MG les plus confrontés aux patients en situation de précarité étaient soit liées au fonctionnement du patient en situation de précarité lui-même (les antécédents de renoncement aux soins du patient, l'absence de demande de prévention du patient et les comportements à risque), soit liées à leur propre situation (manque de temps, consultation plus longue sans cotation particulière de l'acte), soit aux procédures du DO des cancers en elles-mêmes (jugées inadaptées pour ces patients). Les contraintes techniques du MG (manque de temps) étaient significativement plus déclarées par les MG à forte patientèle précaire.

Une formation des praticiens semble donc nécessaire afin de mieux les sensibiliser aux traits comportementaux des patients en situation de précarité, mais aussi de renforcer leurs aptitudes en communication médicale - notamment les techniques d'entretien motivationnel - pour diminuer les freins au dépistage.

Des supports de communication adaptés aux patients en situation de précarité pourraient également être mis en place, notamment dans les salles d'attente des MG.

Enfin, l'acte de dépistage devrait être mieux pris en compte, tant sur le temps que les MG y consacrent que sur sa valeur. Une amélioration des outils informatiques de gestion du dossier médical, mais aussi de la formation informatique des futurs MG, pendant le 3^{ème} cycle des études médicales, permettrait un gain de temps certain pour eux. Le dispositif de Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP), revalorisant à la fois le rôle du MG et certains actes de prévention (dont le dépistage du cancer du sein), semble une bonne piste.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, et al. Rapport Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012-Partie 1 Tumeurs solide. INCa. 2013 Juil.
- (2) Epidémiologie du cancer colorectal en France métropolitaine-Incidence. INCa. 2013. Consultable à l'URL: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/1-types-cancer/11-cancer-colorectal/43-epidemiologie-du-cancer-colorectal-en-france-metropolitaine-incidence.html#ind6>
- (3) Epidémiologie du cancer du sein en France Métropolitaine-Incidence et mortalité. INCa. 2013. Consultable à l'URL: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/1-types-cancer/9-cancer-sein/1-epidemiologie-du-cancer-du-sein-en-france-metropolitaine-incidence-et-mortalite.html>
- (4) La situation du cancer en France en 2012. Etat des Lieux et des connaissances. INCa. 2013 Janv. Consultable à l'URL: <http://www.e-cancer.fr/publications/69-epidemiologie/629-la-situation-du-cancer-en-france-en-2012>
- (5) Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2011-2012. Indicateurs d'évaluation. INVS. 2013 Mars. Consultable à l'URL: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2011-2012>
- (6) Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2011-2012. INVS. 2013. Consultable à l'URL: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2011-2012>
- (7) Plan cancer 2009-2013. Consultable à l'URL: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_cancer_2009-2013.pdf
- (8) Dépistage et prévention du cancer colorectal. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). HAS. 2013 Juin. Consultable à l'URL: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_colon-vfinale_2013-08-30_vf_mel_2013-08-30_12-18-6_653.pdf
- (9) Bertolotto F, Joubert M, Leroux M, et al. Facteurs sociaux de l'absence de participation aux campagnes de dépistage organisé du cancer du sein. BEH. 2003;(4):24-5. Consultable à l'URL: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=4209
- (10) Le Cain A, Mourouga P. Accompagner vers le dépistage les femmes en situation de précarité, Améliorer la prévention des cancers. La Santé de l'homme. INPES. 2005 Janv-Fév;(375):34-36. Consultable à l'URL: <http://www.inpes.sante.fr/slh/articles/375/02.htm>
- (11) Flores P, Falcoff H. Peut-on agir en médecine générale sur les inégalités sociales de santé ? La revue du praticien. 2004 Déc 31;54(20):2263-70.
- (12) Médecins généralistes et dépistage des cancers, synthèse des résultats de l'enquête barométrique INCa/BVA. INCa. 2010 Sept.
- (13) Dubois C. Motivations et réticences des médecins généralistes de l'Essonne à proposer les dépistages de masse organisés du cancer du sein et du cancer colo-rectal [Thèse pour le diplôme d'État de Docteur en Médecine]. Créteil: Université de Paris 12 Val-de-Marne; 2007. 69p. Consultable à l'URL : <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0487212.pdf>
- (14) Heremans P, Deccache C. Mieux intégrer la prévention en médecine générale dans les milieux sociaux défavorisés. Santé Publique. 1999; (2):225-41. Consultable à l'URL: http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Sfsp/SantePublique/1999/2/HEREMANS_ps.pdf

- (15) Lagabrielle D., Chantalou ML. Précarité : prévalence dans l'activité de soins primaires et influence sur le contenu de l'acte médical. Conférence Internationale des villes-santé OMS. Belfast. 2003 Oct.
- (16) Laurent I. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. [Thèse pour le diplôme d'État de Docteur en Médecine]. Nancy : Université Henri Poincaré ; 2011. 258p. Consultable à l'URL: http://www.scd.uhp-nancy.fr/docnum/SCDMED_T_2011_LAURENT_QUERRIOUX_ISABELLE.pdf
- (17) Pascal J, Abbey-Huguenin H, Lombraïl P. Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention? Lien social et Politiques-RIAC in La santé au risque du social. 2006;(55):115-24.
- (18) Charte d'Ottawa, OMS, [éd].1986.
- (19) Maslow AH. A Theory of Human Motivation. Psychological Review. 1943;(50):370-96. Consultable à l'URL: <http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>
- (20) Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Journal Officiel. 1987;p14.
- (21) Lebas J, Chauvin P. Précarité et états de santé : quelles interactions ? In Joubert M, Chauvin P, Facy F et al. Santé, précarité, précarisation. INSERM. 1998.
- (22) Houdré C, Ponceau J, Zergat Bonnin M, et al. Les niveaux de vie en 2011. INSEE.2011. Consultable à l'URL: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=ip1464
- (23) Haut Comité de Santé Publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Editions ENSP, Collection Avis et Rapports. Rennes 1998. Consultable à l'URL: <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hc001043.pdf>
- (24) Arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé. Journal Officiel de la République Française. 1992 Sept 19;(218):12965. Consultable à l'URL: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000725332&dateTexte=&categorieLien=id>
- (25) Indicateurs de précarité. INSEE. 2010. Consultable à l'URL: http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=8&ref_id=1149&page=dossiers_electroniques/precarite/indicateurs.htm
- (26) La lettre du fonds de financement de la couverture maladie universelle. Références. 2013 Janv;(50). Consultable à l'URL: <http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/ReferencesCMU50.pdf>
- (27) CMU et complémentaires santé. L'assurance Maladie. 2013 Oct. Consultable à l'URL: <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/cmu-et-complementaires-sante/index.php>
- (28) Jusot F, Perraudin C, Jérôme Wittwer J. L'accessibilité financière à la complémentaire santé en France : les résultats de l'enquête *Budget de Famille* 2006. Economie et statistique, INSEE. 2011;(450):29-46. Consultable à l'URL: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&id=3758
- (29) L'aide médicale de l'Etat. L'Assurance Maladie. 2013 Sept. Consultable à l'URL: <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-avez-des-difficultes/l-8217-aide-medicale-de-l-8217-etat/la-demande-d-ame.php>
- (30) Aïach P, Fassin D. L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé. La Revue du Praticien. 2004 Déc 31;(54):2221-7.
- (31) Delga ME, Montané F, Ducloux M. Rôle du médecin face à la précarité. Rapport de la Commission nationale permanente, Assises du Conseil National de l'Ordre des médecins. 1999 Juin. Consultable à l'URL: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/precarite.pdf>
- (32) Blanpain N, division Enquêtes et études démographiques, Insee. L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent. INSEE Première. 2011 Oct;(1372). Consultable à l'URL: <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1372/ip1372.pdf>
- (33) Bodenmann P, Jackson Y, Bischoff T, et al. Précarité et déterminants sociaux de la santé : quel(s) rôle(s) pour le médecin de premier recours ? Revue Médicale Suisse. 2009 Avr;(199). Consultable à l'URL: <http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=33861>

- (34) Lombrail P., Pascal J., Lang T. Accès aux soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? Santé, société et solidarité, Inégalités sociales de santé. 2004;(2):61-71. Consultable à l'URL: http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/oss_1634-8176_2004_num_3_2_995
- (35) Sass C, Moulin JJ, Guéguen R, et al. Le score EPICES: score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. BEH. 2006 Avr;(14):93-6. Consultable à l'URL: http://www.invs.sante.fr/beh/2006/14/beh_14_2006.pdf
- (36) Menvielle G, Leclerc A, Chastang JF, et al. Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle. BEH. 2008 Sept 2;(33):289-92. Consultable à l'URL: http://www.invs.sante.fr/beh/2008/33/beh_33_2008.pdf
- (37) Rapport d'orientation. Place des tests immunologiques de recherche de sang occulte dans les selles (iFOBT) dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France. HAS. 2008 Déc. Consultable à l'URL: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/rapport_-_place_des_tests_immunologiques_de_recherche_de_sang_occulte_dans_les_selles_ifobt.pdf
- (38) INCa, Assurance Maladie. Cancer colorectal. Le médecin traitant acteur du dépistage organisé du cancer colorectal. Outils de bonnes pratiques/Outils médecins traitants. 2013 Fév. Consultable à l'URL: <http://www.e-cancer.fr/publications/84-outils-medecins-traitants/663-cancer-colorectal-le-medecin-traitant-acteur-du-depistage-organise-du-cancer-colorectal>
- (39) 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(7):1674-80. Consultable à l'URL: <http://www.e-campus.uvsq.fr/claroline/backends/download.php?url=L0RDRU0zL01vZHVzV8xMF9PbmNvLUJpbWFW0by9MQ0FfQXJ0aWNsZV9LQ1JfR2FzdHJvRW50ZXJvbG9neTIwMDRfcC5wZGY%3D&cidReset=true&cidReq=LECTCRIT>
- (40) La participation au dépistage du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans en France. HAS Synthèse des recommandations. 2011 Nov. Consultable à l'URL: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/fiche_de_synthese_-_4_pages_-_participation_depistage_cancer_du_sein_2012-02-03_09-41-16_837.pdf
- (41) La définition européenne de la médecine générale-Médecine de famille. World family doctors. Caring for people Europe. 2002. Consultable à l'URL: <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/MG%20externes/woncadefmg.pdf>
- (42) Lançon F, Sannino N, Viguier J. Connaissances, perceptions, attitudes et comportements des femmes et des médecins vis-à-vis du dépistage du cancer du sein, France, 2010. BEH. 2012 Sept;(35-36-37):417-20.
- (43) Forestier D, Vangrevelinghe G. Etude des représentations du dépistage du cancer et politique de prévention. Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ere nouvelle. 2006;(39):97-113. Consultable à l'URL: <http://www.cairn.info/revue-les-sciences-de-l-education-pour-l-ere-nouvelle-2006-1-page-97.htm>
- (44) Duport N, Ancelle-Park R, Boussac-Zarebska M, et al. Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer du sein : étude FADO-sein. Dépistage des cancers, INVS. 2007 Juin. Consultable à l'URL: http://www.invs.sante.fr/publications/2007/plaquette_cancer_sein/plaquette_cancer_sein.pdf
- (45) Goulard H, Boussac-Zarebska M, Duport N, et al. Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer colorectal : étude Fado-colorectal, France, décembre 2006-avril 2007. Numéro thématique. Dépistage organisé du cancer colorectal en France. BEH 2009;(2-3):25-9. Consultable à l'URL: http://www.invs.sante.fr/beh/2009/02_03/beh_02_03_2009.pdf
- (46) Les Français face au dépistage des cancers, synthèse des résultats de la deuxième vague de l'enquête barométrique INCa/BVA, INCa. 2009 Janv-Fév.
- (47) Beck F, Gautier A. Baromètre cancer 2010. INPES. In Baromètres santé. 2012;272p. Consultable à l'URL: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1405.pdf>

- (48) Pernet C, Dejardin O, Guittet L, et al. Influence de l'environnement socio-économique et de l'offre de soins sur la participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein, Calvados (France), 2004-2006. Numéro thématique-Dépistage organisé du cancer du sein, BEH. 2012 Sept;(35-36-37):413-17. Consultable à l'URL:
<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2012/BEH-n-35-36-37-2012>
- (49) De Saint Jean M, Le Page R, Quéméneur R, et al. Dépistage des cancers et populations en situation de précarité : conception, mise en oeuvre et évaluation d'une action exploratoire de sensibilisation ; évaluation qualitative des facteurs de participation et de non participation aux dépistages. 2009 Oct. Consultable à l'URL:
<http://www.comitesdepistagecancers.fr/files/CF352009Rapport.pdf>
- (50) Denis B, Schon G, Ruetsch M, et al. Dépistage des cancers: auto-évaluation des dossiers médicaux de 37 médecins généralistes. Presse Med. 2007;(36):217-23.
- (51) Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique : une mobilisation des médecins et de l'Assurance Maladie en faveur de la qualité des soins. Assurance Maladie. 2013 Avr 11. Consultable à l'URL:
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Bilan_ROSP_1_an_11042013_VDEF3.pdf
- (52) Le Breton J, Ferrat E, Brixi Z. Implication des médecins généralistes dans le dépistage organisé du cancer colorectal, département du Val-de-Marne, France. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. 2013 Oct;(61):311.
- (53) INSERM. Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention et opinions sur les réformes du système de santé : les enseignements du panel de médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Soins et prévention. 2006;(16). Consultable à l'URL:
http://www.sesstim-orspaca.org/syntheses_resultats/pdf/06-SY14.pdf
- (54) Girard B. Comparaison du score « de raisonnement analogique clinique » et du score « EPICES » pour repérer les patients à risque d'inégalités sociales de santé en médecine générale. [Thèse pour le diplôme d'État de Docteur en Médecine]. Aix : Université d'Aix-Marseille II ; 2011.
- (55) Lemaire C. Représentations des médecins généralistes sur les Inégalités Sociales de Santé. Etude qualitative réalisée chez 15 médecins généralistes de la région avignonnaise. [Thèse pour le diplôme d'État de Docteur en Médecine]. Grenoble : Université Joseph Fourier ; 2012. 72p. Consultable à l'URL:
http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/74/78/31/PDF/2012GRE15106_lemaire_lesoin_christine_1_D_.pdf
- (56) Turlin X. Attitudes et représentations des femmes en situation de précarité concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus proposé par le médecin généraliste en Gironde. [Thèse pour le diplôme d'État de Docteur en Médecine]. Bordeaux : Université Bordeaux 2 ; 2011. 129p.
- (57) Kandel O, Duhot D, Very G, et al. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? La revue du praticien. 2004;18(656/657):781-84. Consultable à l'URL:
http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/128/fichier_article_typo_rdp2ba8d.pdf
- (58) Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale. La tenue du dossier médical en médecine générale : Etat des lieux et Recommandations. ANAES. 1996 Sept. Consultable à l'URL:
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Dm.pdf>
- (59) Bénéficiaires de la CMUC : trop de refus de soins. La Revue Prescrire, Agir pour l'accès de chacun aux soins de qualité. 2010 Août;30(322):585.
- (60) Grange D, Castetbon K, Guibert G, et al. Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire. Etude Abena 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005. Observatoire régional de santé Île-de-France, Institut de veille sanitaire, Institut de prévention et d'éducation pour la santé. 2013 Mars;184p. Consultable à l'URL:
http://alimentation.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Abena_2011_2012_cle89ccb6.pdf
- (61) Prévention en Médecine Générale : quelle est la place des inégalités sociales et comment les réduire ? INPES. 2011 Fév. Consultable à l'URL:
<http://www.sftg.net/documents%20PDF/RapportINPES11fevr11Ringa.pdf>

LISTE DES ABBREVIATIONS

ACS : Aide à la Complémentaire Santé

AME : Aide Médicale d'État

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

BEH : Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire

BEP : Brevet d'Études Professionnelles

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

CES : Centre d'Examen de Santé

CMU : Couverture Médicale Universelle

CMU-C : Couverture Médicale Universelle-Complémentaire

Cnam : Caisse nationale d'assurance maladie

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CCR : Cancer colorectal

DO : Dépistage Organisé

EPICES : score d'Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examens de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

IC : Intervalle de Confiance

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

INCa : Institut National du Cancer

InVS : Institut de Veille Sanitaire

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

IRI : Indice Relatif d'Inégalités

MG : Médecin Généraliste

Nsp : Ne sait pas

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RIAP : Relevé Individuel d'Activité et de Prescription

RMI : Revenu Minimum d'Insertion

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

RSA : Revenu de Solidarité Active

SDF : Sans Domicile Fixe

SRAC : Score «de Raisonnement Analogique Clinique»

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, *ou* World Organization of Family Doctors.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Plafonds annuel et mensuel de ressources pour l'attribution de la CMU-C, applicable au 1 ^{er} juillet 2013. <i>Selon la CPAM (27)</i>	18
Tableau 2 : Montant de l'aide pour une complémentaire santé en fonction de l'âge du bénéficiaire. <i>Selon la CPAM (27)</i>	19
Tableau 3 : Déterminants sociaux de la santé. Selon l'OMS (33).	22
Tableau 4 : Motifs des consultations évoqués par les 30 MG définissant ce critère pour considérer la situation de précarité de leur patient (N=57).	52
Tableau 5 : Répartition des justifications des MG en fonction de leurs modalités de proposition du DO des cancers aux patients en situation de précarité (N=46).	56
Tableau 6 : Reconnaissance de la situation de précarité d'un patient par le MG.	73
Tableau 7 : Difficultés éprouvées par les MG lors de la proposition du DO des cancers aux patients en situation de précarité.	74
Tableau 8 : Facteurs influençant la réalisation du test du DO des cancers par les patients.	74
Tableau 9 : Freins à la réalisation du test du DO des cancers par les patients.	75

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Pyramide des besoins <i>selon Maslow (19)</i>	11
Figure 2 : Evolution de l'espérance de vie à 35 ans par sexe pour les cadres et les ouvriers en fonction des années. <i>D'après l'Insee (32)</i>	21
Figure 3 : Contribution, en pourcentage, des différentes causes de décès à la mortalité en excès parmi les personnes sans diplôme comparées à celles ayant un diplôme supérieur ou égal au baccalauréat en fonction de la période (hommes et femmes âgés de 30 à 64 ans en début de période), en France, 1968-1996. <i>D'après l'Insee et l'Inserm (36)</i>	24
Figure 4 : Tendence chronologique des taux d'incidence et de mortalité estimés du CCR en France (standardisés monde pour 100 000 personnes-année). <i>D'après l'INCa (1)</i>	26
Figure 5 : Tendence d'évolution chronologique des taux d'incidence et de mortalité estimés du cancer du sein en France (standardisés monde pour 100 000 personnes-années). <i>D'après l'INCa (1)</i>	31
Figure 6 : L'IRI selon le niveau d'études pour la mortalité par cancer du sein en fonction de la période 1968-1996 en France. <i>D'après l'Insee et l'Inserm (36)</i>	32
Figure 7 : Répartition des MG par sexe (N=147).	49
Figure 8 : Répartition des MG par tranche d'âge (N=147).	50
Figure 9 : Répartition des MG par année de thèse et d'installation par décennies (N=147).	50
Figure 10 : Répartition des MG en fonction de leurs modalités d'exercice (N=147).	51
Figure 11 : Lieu d'exercice des MG en fonction de leur pourcentage de patientèle précaire (N=147).	51
Figure 12 : Critères retenus par les médecins traitants pour considérer la situation de précarité des patients, hormis l'attribution de la CMU (N=147).	53
Figure 13 : Pourcentage de patients vus en consultation par jour et estimés en situation de précarité par le médecin traitant (N=147).	54
Figure 14 : Nombre de patients vus en consultation par jour et estimés en situation de précarité par le médecin traitant (N=147).	54
Figure 15 : Raisons évoquées par les MG pour justifier leur fréquence de proposition du DO des cancers aux patients en situation de précarité (N=46).	56
Figure 16 : Difficultés éprouvées par les MG à proposer le DO des cancers aux patients en situation de précarité, liées au mode de fonctionnement du patient (N=43).	59
Figure 17 : Difficultés liées à leur position de MG et éprouvées pour proposer le DO des cancers chez les patients en situation de précarité (N=43).	61
Figure 18 : Répartition des patients en fonction du pourcentage de patientèle précaire des MG (N=222).	62
Figure 19 : Répartition des patients par sexe (N=222).	62
Figure 20 : Catégories professionnelles des patients ayant un emploi et renseigné dans le questionnaire (N=84).	63
Figure 21 : Répartition des patients en fonction de la situation de précarité (N=222).	64
Figure 22 : Répartition du sexe des patients en fonction de leur situation de précarité (N=222).	64
Figure 23 : Répartition des patients en fonction de la réalisation du test du DO du CCR dans les 24 mois précédents le début de l'enquête (N=201).	65
Figure 24 : Synthèse des résultats de l'étude concernant le DO du CCR.	67

Figure 25 : Modalités de proposition de test de dépistage du DO du CCR aux patients ayant réalisé le test dans les 24 mois précédents (N=111).	68
Figure 26 : Motifs exprimés par les patients concernant leur refus de réalisation du test du DO du CCR (N=44).....	68
Figure 27 : Répartition des patientes en fonction de la réalisation du test du DO du cancer du sein dans les 24 mois précédents le début de l'enquête (N=122).....	69
Figure 28 : Synthèse des résultats de l'étude concernant le DO du cancer du sein.	71
Figure 29 : Modalités de proposition de test de dépistage du DO du cancer du sein aux patientes l'ayant réalisé dans les 24 mois précédents (N=91).....	72
Figure 30 : Motifs exprimés par les patientes ayant refusé de réaliser le DO du cancer du sein (N=9).	73

ANNEXES

Annexe 1 : Le questionnaire du score EPICES.

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	- 11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	- 8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	- 8,28	0
5	Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	- 6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	- 7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	- 7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	- 9,47	0
10	En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	- 9,47	0
11	En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	- 7,10	0
	Constante	75,14	

Calcul du score : chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Annexe 2 : Niveaux de risques, critères d'exclusion des patients du DO du CCR, validés par le Groupe National de Suivi du 1^{er} Juillet 2008.

Niveau de risque du patient	Type d'exclusion	Position du GNS	
Patient à risque élevé	Antécédent (ATCD) personnel de cancer colorectal	Définitive	
	ATCD de polypes adénomateux et suivi par coloscopie	Définitive	
	ATCD de polypes hyperplasiques de grande taille (1 cm) et suivi régulièrement	Définitive	
	ATCD familiaux de cancer colorectal : un parent 1 ^{er} degré < 65ans ou 2 parents 1 ^{er} degré quel que soit l'âge	Définitive	
	ATCD familiaux de polypes adénomateux avancés au 1er degré et suivi coloscopique	Définitive	
	Maladie inflammatoire chronique Intestinale (MICI) : rectocolite hémorragique ou Crohn.	Définitive	
Patient à risque très élevé	Polypose adénomateuse familiale	Définitive	
	Cancer colorectal héréditaire non polyposique (HNPCC ou syndrome de Lynch).	Définitive	
	Examens	Coloscopie totale complétée ou non par un lavement baryté et/ou un colo scanner	5 ans
		Colo scanner seul	2 ans
		Recherche de sang dans les selles (autre modalité que le test Hemocult)	2 ans
	Maladies intercurrentes (<i>autres cancers, maladies, personnes dépressives, ...</i>), évènements de vie, accidents récents		Définitive si l'exclusion est signée par le médecin traitant Sinon exclusion de 2 ans
	Refus		Définitive si refus explicite, sinon exclusion de 2 ans

Annexe 3 : Critères d'exclusion des patientes du DO du cancer du sein.

Niveau de risque de la patiente	Type d'exclusion	Mode d'exclusion	Surveillance spécifique
Patiente à risque élevé	Antécédent personnel de cancer du sein	Définitive	<ul style="list-style-type: none"> -Suivi spécialisé -Mammographie annuelle le plus souvent
	Image anormale lors de la dernière mammographie		
	Existence d'une néoplasie lobulaire		
	Existence d'une hyperplasie épithéliale atypique		
Patiente à risque très élevé	<ul style="list-style-type: none"> -Forme héréditaire de cancer du sein -Présence de mutations génétiques, notamment BRCA1 et BRCA2 	Définitive	<ul style="list-style-type: none"> -consultation d'oncogénétique - surveillance spécifique (mammographie, échographie, IRM annuelle)



Chère consœur, cher confrère,

J'effectue actuellement un travail de recherche, dans le cadre de l'obtention de ma thèse de docteur en médecine générale, sur **la situation de précarité des patients et la réalisation du Dépistage Organisé (DO) des cancers**.

Il s'agit d'une étude descriptive en soins primaires, avec une analyse des freins à la proposition et à la réalisation du DO des cancers par les médecins généralistes.

Ce travail est dirigé par le Dr Duisit Lionel, médecin généraliste installé à Montaut (64800).

Nous vous proposons de participer à cette étude qui comporte **deux volets** :

-le **premier** correspond à **ce questionnaire court** adressé à tous les médecins généralistes installés dans la circonscription de la caisse de Pau.

-le **second** sera adressé ultérieurement aux médecins généralistes **ayant donné leur accord**. Il consistera à remplir **6 questionnaires**, concernant le suivi des **patients**, âgés de 52 à 74 ans, relevant du DO des cancers et dont vous êtes le médecin traitant.

Les données recueillies sont **anonymes** et pourront m'être adressées, à l'aide de **l'enveloppe retour pré affranchie jointe, avant le 15 juin 2013** si possible.

Pour toute question complémentaire, vous pouvez me contacter :

Par téléphone : 06 , par e-mail : @gmail.com

Je vous remercie par avance du temps que vous allez m'accorder pour remplir ce questionnaire,

Confraternellement,

Le 14/05/2013

Magali Romain Bordenave

Doctorante

Annexe 5 : Le questionnaire « médecin ».

Thèse de Médecine Générale-Magali Romain Bordenave

N° Médecin.....

- 1) Vous êtes : Un homme Une femme
- 2) Votre âge : ans
- 3) L'année de votre thèse :
- 4) L'année de votre installation :
- 5) Votre mode d'exercice est : Individuel Groupe
- 6) Votre lieu d'exercice est :
- Urbain (commune>10 000 habitants)
- Semi rural (commune entre 2 000 et 10 000 habitants)
- Rural (commune<2 000 habitants)
- 7) Etes-vous informatisé ? Oui Non
- 8) Quel est le volume de votre patientèle sur votre dernier relevé d'activité de la sécurité sociale ?
- <=15 patients/jour : 16 à 25 patients/jour : >25 patients/jour :
- 9) Quel est le pourcentage de patients en CMU sur votre Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions (RIAP) ?%
- 10) Hormis l'attribution de la CMU, définissez-vous personnellement d'autres critères pour considérer la situation de précarité d'un patient dont vous êtes le médecin traitant ?

	Oui	Non	Nsp
-Absence d'emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Absence de logement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Couverture sociale.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Impayés.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Demande d'acte médical gratuit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Demandes de délais de paiement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Logement familial.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Présentation de la personne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Présentation de la famille.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Motifs des consultations.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui : lesquels ?			
.....			
-Fréquence des consultations.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11) Quel pourcentage, puis quel nombre de patients par jour, estimez-vous être en situation de précarité ?

- <10% : 10-30% : 30-50% : >50% :
- <=5 patients/jour : 6 à 15 patients/jour : >15 patients/jour :

12) L'importance du rôle du médecin traitant dans la proposition du DO des cancers a déjà été établie. Pensez-vous que concernant les patients en situation de précarité, ce rôle est :

- Moins important Aussi important Plus important

13) Proposez-vous le DO des cancers aux patients en situation de précarité :

- Moins souvent Aussi souvent Plus souvent

Pourquoi ?.....

.....TSVP 1/2

14) Eprenez-vous plus de difficultés à proposer le DO des cancers à vos patients en situation de précarité par rapport à vos autres patients ?

Oui Non Nsp

Si oui : y-a-t-il une différence entre un patient homme ou femme ?

Si vous éprouvez des difficultés chez les patients en situation de précarité pour proposer les DO des cancers : répondre aux questions 15, 16, 17, 18

15) Difficultés liées au mode de fonctionnement du patient en situation de précarité lui-même :

	Oui	Non	Nsp
-consultations qu'en cas d'urgence.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Demandes complexes (faites de souffrances physiques, psychiques et sociales).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Difficultés de paiement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Fatalité du patient devant la maladie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Comportements à risque.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Absence de relation de confiance médecin-malade.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Sentiment de solitude du patient (absence de soutien de l'entourage).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Renoncement aux soins antérieurs (prescriptions non suivies, examens non faits)....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16) Difficultés liées à votre position de médecin généraliste :

-Lourdeur administrative de la prise en charge des patients en situation de précarité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Manque de temps.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Consultation plus longue sans cotation particulière de l'acte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Manque de formation.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Doute de votre propre efficacité sur cette catégorie de patients.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Difficulté de mise à jour exhaustive du dossier médical.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Sentiment d'inutilité dans ce contexte de difficultés sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Doute quand à l'efficacité de la prévention envers ces patients.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Peur de casser la relation « en parlant cancer ».....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17) Difficultés liées aux examens du DO des cancers en eux-mêmes :

-Procédures de dépistage inadaptées pour ces patients.....

18) Autre(s) difficulté(s) ressentie(s) non citées ci-dessus ?

.....

19) Acceptez-vous d'être sollicité ultérieurement pour la seconde phase de l'étude ?

Oui Non

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION.



Chère consœur, cher confrère,

Tout d'abord, je souhaite vous remercier de votre participation et de votre disponibilité pour réaliser la seconde phase de l'étude dans le cadre de ma thèse de médecine générale sur la Situation de précarité et le Dépistage Organisé (DO) des cancers.

Ensuite, je vous adresse **6 questionnaires**, concernant les **6 prochains patients que vous allez voir en consultation, et incluables dans l'étude.**

Critères d'inclusion des patients : (tous ces critères sont nécessaires)

- âgés de 52 à 74 ans,
- consultants pour un motif quelconque,
- relevant du DO du cancer colorectal et/ou du sein,
- dont vous êtes le médecin traitant.

Je mets à votre disposition un rappel sur les critères d'exclusion des patients du DO des cancers du sein et colo rectal (*au dos de ce courrier*).

Enfin, je vous reprecise que les données recueillies sur les patients sont **anonymes** et pourront m'être adressées, à l'aide de **l'enveloppe retour pré affranchie jointe, avant le 31 août 2013** si possible.

Pour toute question complémentaire, vous pouvez me contacter :

par téléphone : 06 , par e-mail : @gmail.com

D'avance merci du temps que vous allez m'accorder pour remplir ces questionnaires,

Confraternellement,

Le 21/06/2013

Magali Romain Bordenave

Doctorante

MEMO :

Critères d'exclusion des patients du DO du cancer colorectal et du DO du cancer du sein

Critères d'exclusion des patients du DO du cancer colorectal (CCR) :

- ATCD de Cancer colorectal
- ATCD de Polypes adénomateux et suivi par coloscopie
- Polypes hyperplasiques de grande taille (1 cm) et suivi régulièrement
- Maladies inflammatoires chroniques intestinales (MICI)
- ATCD familiaux de cancer (1 ATCD de 1er degré avant 65 ans, 2 ATCD ou plus quel que soit l'âge)
- ATCD familiaux de polypes adénomateux avancés au 1er degré et suivi coloscopique
- Examens déjà réalisés (coloscopie totale complétée ou non par un lavement baryté et/ou un colo scanner : exclusion de 5 ans, colo scanner seul : exclusion de 2 ans, recherche de sang dans les selles (autre modalité que le test Hemoccult) : exclusion de 2 ans).
- Maladies intercurrentes (autres cancers, maladies, personnes dépressives, ...), évènements de vie, accidents récents : exclusion définitive si signée par le médecin traitant, sinon exclusion de 2 ans.

Critères d'exclusion des patientes du DO du cancer du sein :

- Patiente à risque élevé de cancer du sein :
 - Antécédent personnel de cancer du sein ;
 - image anormale lors de la dernière mammographie ;
 - existence d'une néoplasie lobulaire ;
 - existence d'une hyperplasie épithéliale atypique.
- Patiente à risque très élevé de cancer du sein :
 - Forme héréditaire de cancer du sein, présence de mutations génétiques (notamment BRCA1 et BRCA2).

Questionnaire au sujet du prochain patient vu en consultation,

Âgé entre 52 et 74 ans inclus, relevant du Dépistage Organisé (DO) du cancer

colorectal et/ou du sein, et dont vous êtes le médecin traitant.

- 1) Quelle est la **date** de la consultation?/...../2013
- 2) Quel est le **sexe** du patient ? Un homme Une femme
- 3) Quel est son **âge**? ans Oui Non Nsp
- 4) Le patient a-t-il un **emploi** ?
- Si oui : lequel ?.....
- Est-il en insertion professionnelle?.....
- Est-il au chômage ?.....
- 5) Le patient a-t-il un **logement**?
- Si oui : -S'agit-il d'un logement social ?
- Si non : -Sans Domicile Fixe ?.....
- 6) Bénéficie-t-il d'une **couverture sociale** ? (numéro de sécurité sociale, centre payeur)
- Si oui : -AME (Aide Médicale d'Etat).....
- CMU+CMU-C (CMU Complémentaire).....
- CMU+ACS (Aide à la Complémentaire Santé).....
- CMU (Couverture Maladie Universelle).....
- 7) Le patient relève-t-il du **DO du cancer colorectal (CCR)** ?
- 8) Le test du **DO du CCR** a-t-il été réalisé dans les 24 mois précédents la date du début de l'enquête (résultat du test présent dans le dossier médical) ?.....
- Si oui : -A-t-il été proposé par le Médecin Généraliste ?
- A-t-il été proposé par PYRADEC ?
- Si non : -Le patient a-t-il exprimé le motif de son refus de réalisation :
- Si oui : Quel est ce motif ? :

Pour les patientes :

- 9) Relève-t-elle du **DO du cancer du sein** ?
- 10) Le test du **DO du cancer du sein** a-t-il été réalisé dans les 24 mois précédents la date du début de l'enquête (résultat du test présent dans le dossier médical)
- Si oui : -A-t-il été proposé par le Médecin Généraliste ?
- A-t-il été proposé par PYRADEC ?
- A-t-il été proposé par le gynécologue ?
- Si non : -La patiente a-t-elle exprimé le motif de son refus de réalisation ?
- Si oui : Quel est ce motif? :1/1

Annexe 8 : Motifs de consultations évoqués par les 30 MG définissant ce critère pour considérer la situation de précarité de leur patient (N=57). Intégralité des réponses.

TROUBLES PSYCHIQUES N=19 33.3%	- <i>anxiété : 5</i> - <i>dépression : 5</i> - <i>Syndromes dépressifs</i> - <i>Pathologies psychiatriques</i> - <i>problèmes psychiatriques</i> - <i>psychiques : 2</i> - <i>propos dépressifs</i> - <i>motifs psychologiques sous des prétextes somatiques</i> - <i>syndrome dépressif réactionnel</i> - <i>souffrance psychologique</i>
PROBLEMES INFECTIEUX N=11 19.4%	- <i>mauvaise hygiène fréquente</i> - <i>gale : 2</i> - <i>infections à répétition</i> - <i>mauvaise hygiène bucco dentaire</i> - <i>abcès dentaires : 2</i> - <i>syndromes infectieux fréquents</i> - <i>infections pédiatriques</i> - <i>MST : 2</i>
ADDICTIONS N=8 14%	- <i>alcool dépendance</i> - <i>tabac</i> - <i>drogues</i> - <i>toxicomanie</i> - <i>éthylisme</i> - <i>alcool et chômage</i> - <i>addictions</i> - <i>alcool</i>
PROBLEMES MULTIPLES LORS D'UNE CONSULTATION N=6 10.5%	- <i>consultations pour de très nombreux motifs</i> - <i>multiples changement de problématiques en une consultation</i> - <i>plusieurs motifs par consultation : 3</i> - <i>problèmes « bénins »</i>
TROUBLES DU SOMMEIL N=5 8.8%	- <i>Insomnies</i> - <i>Troubles du sommeil : 4</i>
PROBLEMES SOCIAUX N=4 7%	- <i>Isolement familial</i> - <i>Isolement social</i> - <i>Isolement familial et social</i> - <i>problèmes sociaux</i>
TROUBLES ALIMENTAIRES N=4 7%	- <i>dénutrition, prescription de produits protéinés</i> - <i>obésité : 2</i> - <i>état nutritionnel</i>
TOTAL : N=57	

Annexe 9 : Justifications des fréquences de proposition du DO des cancers par les MG aux patients en situation de précarité (N=46). Intégralité des réponses.

<p>Egalité des soins N=21 45.7%</p>	<p>-Ce sont des citoyens comme les autres -pas de différence sociale entre les patients -La situation de précarité ou son absence n'influe pas sur ma proposition du DO car je n'ai pas jusqu'alors réfléchi à cette question -je ne fais aucune différence (de principe) entre les patients -parce qu'aussi important -je ne fais pas de différence dans les soins en fonction des revenus des patients -même prise en charge, même si on les voit peut être moins en consultation -égalité des soins, je ne me sens peu concerné par le problème de précarité -le fait de le proposer n'est pas un problème, le fait qu'il soit accepté est plus difficile -égalité des soins si je les vois en consultation -égalité des soins : 9 -j'offre le même type de soins à tous les patients, quelles que soient leurs situation -pas de différence apparente entre les patients dans ma pratique</p>
<p>Patients à risques N=8 17.4%</p>	<p>-Comportements à risques, retard à la consultation malgré la CMU -plus à risques, négligence des symptômes et mauvaise observance des traitements -leurs problèmes psycho sociaux les font moins se soucier de leur santé -plus de facteurs de risques, consultations moins fréquentes -plus fragiles, consultent moins -sont moins sensibilisés à leur santé future -peuvent être des patients à risque -moins de surveillance, population à risques</p>
<p>Autres priorités de ces patients aux yeux des médecins N=6 13%</p>	<p>-Ils doivent d'abord se nourrir, se loger la santé devient secondaire. Il est inutile selon moi de prescrire le DO plus souvent -la prévention n'est souvent pas la préoccupation principale de ces patients, souffrance psycho sociale au 1^{er} plan -certains sont même illettrés -autres priorités pendant la consultation très accaparantes -réponse subjective mais ces patients sont confrontés à plus urgent -les problèmes médico-sociaux occupent le devant de la scène, j'oublie souvent la prévention chez ses patients</p>
<p>Absence de suivi régulier N=2 4.3%</p>	<p>-Retards de consultation -ne viennent pas régulièrement</p>
<p>Accès aux soins facilité par le dispositif du dépistage N=6 13%</p>	<p>-Gratuité -Accès aux soins facilité et le tiers payant -cela coûte moins cher de prévenir que de guérir -Ont moins accès aux soins -gratuit -en raison de la prise en charge</p>
<p>Difficultés à faire accepter les tests de dépistage et leurs conséquences N=2 4.3%</p>	<p>-Les patients peuvent être réticents à passer les examens complémentaires -j'ai du mal à faire accepter le test à ces patients car je n'en vois pas beaucoup</p>
<p>Ne connaît pas N=1 2.3%</p>	<p>-je ne savais pas que nous avions ce DO</p>
<p>TOTAL N=46</p>	

Annexe 10 : Répartitions des justifications des MG en fonction de leur proposition du DO des cancers en situation de précarité (N=46). Intégralité des réponses.

Proposition du DO des cancers	MOINS SOUVENT (N=7)	AUSSI SOUVENT (N=125)	PLUS SOUVENT (N=15)
Justifications (N=46)	(N=6)	(N=25)	(N=15)
EGALITE DES SOINS N=21 45.7%		<p><i>-La situation de précarité ou son absence n'influe pas sur ma proposition du DO car je n'ai pas jusqu'alors réfléchi à cette question</i></p> <p><i>-je ne fais aucune différence (de principe) entre les patients</i></p> <p><i>-Ce sont des citoyens comme les autres</i></p> <p><i>-parce qu'aussi important</i></p> <p><i>-je ne fais pas de différence dans les soins en fonction des revenus des patients</i></p> <p><i>-pas de différence sociale entre les patients</i></p> <p><i>-même prise en charge, même si on les voit peut être moins en consultation</i></p> <p><i>-égalité des soins, je ne me sens peu concerné par le problème de précarité</i></p> <p><i>-le fait de le proposer n'est pas un problème, le fait qu'il soit accepté est plus difficile</i></p> <p><i>-égalité des soins si je les vois en consultation</i></p> <p><i>-égalité des soins : 9</i></p> <p><i>-j'offre le même type de soins à tous les patients, quelles que soient leurs situation</i></p> <p><i>-pas de différence apparente entre les patients dans ma pratique</i></p>	
PATIENTS A RISQUES N=8 17.4%		<p><i>-peuvent être des patients à risque</i></p>	<p><i>-plus de facteurs de risques, consultations moins fréquentes</i></p> <p><i>-plus fragiles, consultent moins</i></p> <p><i>-sont moins sensibilisés à leur santé future</i></p> <p><i>-Comportements à risques, retard à la consultation malgré la CMU</i></p> <p><i>-moins de surveillance, population à risques</i></p> <p><i>-plus à risques, négligence des symptômes et mauvaise observance des traitements</i></p> <p><i>-leurs problèmes psycho sociaux les font moins se soucier de leur santé</i></p>

Proposition du DO des cancers	MOINS SOUVENT	AUSSI SOUVENT	PLUS SOUVENT
Justifications			
AUTRES PRIORITES DES PATIENTS N=6 13%	<i>-la prévention n'est souvent pas la préoccupation principale de ces patients, souffrance psycho sociale au 1^{er} plan</i> <i>-certains sont même illettrés</i> <i>-autres priorités pendant la consultation très accaparantes</i> <i>-réponse subjective mais ces patients sont confrontés à plus urgent</i> <i>-les problèmes médico-sociaux occupent le devant de la scène, j'oublie souvent la prévention chez ses patients</i>	<i>-Ils doivent d'abord se nourrir, se loger la santé devient secondaire. Il est inutile selon moi de prescrire le DO plus souvent</i>	
ABSENCE DE SUIVI REGULIER N=2 4.3%			<i>-ne viennent pas régulièrement</i> <i>-Retards de consultation</i>
ACCES AUX SOINS FACILITE N=6 13%			<i>-ont moins accès aux soins</i> <i>-gratuit</i> <i>-Accès aux soins facilité et le tiers payant</i> <i>-cela coûte moins cher de prévenir que de guérir</i> <i>-en raison de la prise en charge</i> <i>-gratuité</i>
DIFFICULTES A FAIRE ACCEPTER LES TESTS N=2 4.3%	<i>-j'ai du mal à faire accepter le test à ces patients car je n'en vois pas beaucoup</i>	<i>-Les patients peuvent être réticents à passer les examens complémentaires</i>	
NE CONNAIT PAS N=1 2.3%		<i>-je ne savais pas que nous avions ce DO</i>	

Annexe 11 : Autres difficultés non citées ressenties par les MG éprouvant plus de difficultés à proposer le DO des cancers aux patients en situation de précarité par rapport aux autres (N=9).
Intégralité des réponses.

Problèmes de compréhension N=8 88.9%	<i>-Barrière de la langue : 4 -Problèmes de compréhension des consignes : 2 -La démarche de prévention nécessite des explications qui doivent être comprises -Illettrisme</i>
Problèmes de transport N=1 11.1%	<i>Transport à payer pour réaliser la mammographie</i>

Annexe 12 : Catégories professionnelles, selon l'Insee, des patients ayant un emploi et précisé dans le questionnaire (N=84). Intégralité des réponses.

EMPLOYES N=26 31%	Employés de commerce N=9, 34.6%	-télé conseillers : 2 -caissiers : 4 -vendeurs : 3
	Employés administratifs N=5, 19.2%	-employé de bureau : 1 -employé d'association : 1 -employé d'administration : 1 -employé de commerce : 1 -agent d'accueil administratif : 1
	Agents de service de fonction publique N=4, 15.4%	-aide soignants : 2 -agent de service hospitalier : 1 -agent d'entretien hospitalier : 1
	Personnels des services directs aux particuliers N=8, 30.8%	-employé de maison : 1 -aide à domicile : 1 -aide ménagère à domicile : 1 -serveurs : 2 -cuisinier de cantine : 1 -aides maternelles : 2.
PROFESSIONS INTERMEDIAIRES N=20 23.8%	Professeurs des écoles ou instituteurs N=4, 20%	-enseignants : 4
	Professions intermédiaires de la Santé N=4, 20%	-infirmiers libéraux : 3 -éducateur spécialisé : 1
	Professions administratives et commerciales d'entreprise N=6, 30%	-agent d'accueil administratif : 1 -secrétaires : 4 -secrétaire médicale : 1
	Techniciens (sauf du tertiaire) N=6, 30%	-géomètre : 1 -dessinateur industriel : 1 -infographiste : 1 -techniciens : 3
CADRES OU PROFESSIONS INTELLECTUELLES SUPERIEURES N=16 19%	Cadres de la fonction publique N=2, 12.5%	-directeur du personnel de l'hôpital : 1 -cadre de la fonction publique : 1
	Professeur N=1, 6.25%	-professeur d'université : 1
	Cadres administratifs et commerciaux d'entreprises N=8, 50%	-gérant d'entreprise : 1 -cadres administratifs : 3 -cadres commerciaux : 2 -cadre supérieur : 1 -directeur d'entreprise : 1
	Ingénieurs et cadres techniques d'entreprises N=5, 31.3%	-informaticien : 1 -ingénieurs : 4
AGRICULTEURS N=8 9.5%		-agriculteurs : 8
ARTISANS N=5 6%		-coiffeur à son compte : 1 -restaurateur : 1 -artisans : 5
OUVRIERS N=9 10.7%		-tourneur : 1 -plâtrier : 1 -plombier : 1 -garagiste : 1 -électricien : 1 -femmes de ménage en entreprise : 4
TOTAL : N=84		

Annexe 13 : Motifs exprimés par les patients ayant refusé de réaliser le DO du CCR dans les 24 mois précédents le début de l'enquête. Intégralité des réponses.

MANQUE DE MOTIVATION N=18 40.9%	Manque de motivation pure (N=7) 38.9%	-motivation : 3 -pas motivé -non motivée, récurrence cancer du sein -non motivé : 2 -négligence, non motivé
	Manque d'intérêt à l'égard du test (N=10) 55.6%	-intérêt : 4 -non convaincu - non concerné : 3 -je ne me sens pas concerné par le dépistage : 2
	Manque d'information (N=1) 5.6%	-non renseigné clairement sur l'intérêt du test
AUTRES PROBLEMES MEDICO-SOCIAUX PRIORITAIRES N=5 11.4%		- autres priorités médicales -j'ai d'autres problèmes somatiques -se fait déjà soigner pour beaucoup de pathologies -je viens d'arriver en France -non abordé avec le médecin car j'ai beaucoup de problèmes à régler
OUBLI N=7 15.9%		-oubli : 2 -oubli de faire le test : 2 - je n'y pense pas - n'a jamais donné suite au courrier de PYRADEC -oubli de donner suite au courrier
PROBLEMES TECHNIQUES RENCONTRES N=5 11.4%		-technique HémoCult jugée difficile -trop emmerdant ! -difficultés à l'utilisation pratique du test : 2 -oubli des étiquettes à donner au médecin
MANQUE DE TEMPS N=4 9.1%		-faute de temps pour m'occuper de moi -temps -manque de temps : 2
CRAINTES DU RESULTAT ET DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES N=5 11.4%	Crainte du résultat (N=3) 60%	-crainte résultat : 3
	Crainte des examens complémentaires (N=2) 40%	-phobie examens complémentaires -je ne veux plus faire de coloscopie
TOTAL N=44		

Annexe 14 : Motifs exprimés par les patientes ayant refusé de réaliser le DO du cancer du sein dans les 24 mois précédents le début de l'enquête. Intégralité des réponses.

OUBLI DE LE FAIRE (N=3) 33.3%	<i>-oubli</i> <i>-oubli</i> <i>-je n'ai pas encore donné suite mais je vais le faire</i>
AUTRES PROBLEMES MEDICO-SOCIAUX PRIORITAIRES (N=2) 22.2%	<i>-j'ai d'autres problèmes, je viens d'arriver en France</i> <i>-je suis déjà soignée pour d'autres problèmes de santé</i>
MANQUE DE TEMPS (N=2) 22.2%	<i>-je n'ai pas le temps pour le faire</i> <i>-manque de temps</i>
NON CONCERNEE (N=1) 11.1%	<i>-je me fie à mon corps</i>
CRAINTE DU RESULTAT (N=1) 11.1%	<i>-la date de la mammographie correspondait à la date de découverte du cancer du sein chez ma sœur</i>
TOTAL : N=9	

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leur conscience.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

TITRE : SITUATION DE PRÉCARITÉ ET DÉPISTAGES ORGANISÉ DES CANCERS. ÉTUDE DESCRIPTIVE EN SOINS PRIMAIRES ET ANALYSE DES FREINS A LA PROPOSITION ET A LA RÉALISATION.

Les taux de participation au Dépistage Organisé (DO) du cancer colorectal (CCR) et du cancer du sein (CS) en France sont insuffisants (31.7% et 52.7% en 2012). Le Plan Cancer 2009-2013 cible les patients en Situation de Précarité (SP) et implique les Médecins Généralistes (MG) pour favoriser leur adhésion et réduire les inégalités d'accès au dépistage.

Notre travail a consisté à rechercher une différence de prescription et de réalisation du DO des cancers entre les patients en SP et les autres, et à caractériser les freins éventuels.

Une étude descriptive a été menée dans la circonscription de la CPAM de Pau, auprès de 382 MG ; 37 MG ont inclus chacun 6 patients âgés de 52 à 74 ans, les ayant déclarés comme médecin traitant et relevant du DO. La majorité des MG reconnaissent la SP du patient par des critères habituels (absence de logement, Couverture Maladie Universelle, absence d'emploi, demandes de délais de paiement) ; les MG les plus confrontés aux patients en SP s'attachent aussi aux critères de présentation personnels et familiaux.

La plupart des MG estiment que leur rôle est aussi important et qu'ils proposent le DO des cancers aussi souvent aux patients en SP, alléguant l'égalité de la distribution des soins. Cette proposition reste néanmoins modeste.

Les patients en SP effectuent globalement moins les DO des cancers que les autres patients, en particulier le dépistage du CCR, mais lorsque le MG est plus confronté à ces patients, celui du CS est réalisé plus souvent. Les freins cités par les MG pour le dépistage des patients en SP sont liés : au patient lui-même (renoncements aux soins, pas de demande de prévention, comportements à risque) ; à leurs conditions d'exercice (manque de temps, consultation longue sans cotation adaptée) ; aux procédures du DO des cancers.

Cette étude montre qu'il est important de développer une formation des MG afin qu'ils puissent mieux reconnaître les patients en SP et communiquer avec eux pour améliorer le DO des cancers.

TITLE : PRECARIOUS SITUATION AND ORGANIZED SCREENING OF CANCERS. A DESCRIPTIVE STUDY IN PRIMARY HEALTH CARE AND AN ANALYSIS OF OBSTACLES TO MEDICAL PRESCRIPTION AND TO ACHIEVEMENT.

ABSTRACT : The participation rate to Organized Screening (OS) of colorectal cancer (CRC) and breast cancer (BC) in France are insufficient (31.7% and 52.7% in 2012). The Cancer Plan 2009-2013 targets patients in Precarious Situation (PS) and involves General Practitioners (GPs) to promote agreement of patients and reduce inequalities in access to screening.

Our work was to observe whether there was a difference in prescription and realization of OS of cancers between patients in PS and others, and to characterize possible obstacles.

A descriptive study was undertaken in the health region of Pau, among 382 GPs; each of 37 GPs included 6 patients, from 52 to 74, consulting them as their usual practitioner (i.e. médecin traitant) and needing OS.

A majority of GPs identifies PS of patient by usual criteria (lack of home, state health cover (i.e. CMU), unemployment, request of payment terms) ; GPs being more confronted with patients in PS also report criteria of presentation of the patient or his family.

Most of GPs consider that their role is as important, and offer the OS tests as often to patients in PS as others, because of equality of care. However this proposal remains modest.

Patients in PS make less CRC and BC screening than other patients, especially for CRC screening, but when the GP is more involved with these patients, BC screening is more often realized.

Obstacles claimed by GPs are related to : the patient and his behavior (giving up care, not requesting prevention, risk behaviors); their own practice (lack of time, long consultation and no-fitted valuation); the OS procedures.

This study shows it is important to develop a training of GPs so they can better identify patients in PS and improve their communication in order to achieve the goals of OS of cancers.

DISCIPLINE : MÉDECINE GÉNÉRALE

MOTS CLÉS : médecine générale, dépistage organisé, cancer colorectal, cancer du sein, précarité, enquête descriptive

U.F.R des Sciences Médicales, Université de Bordeaux, 146 rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux Cedex.
