

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2024

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Identification des freins et leviers à la participation au
dépistage organisé du cancer du sein : étude chez les
femmes de 50 à 74 ans en cabinet de médecine générale
dans l'Amandinois et le Denaisis**

Présentée et soutenue publiquement le 19 juin 2024
à 16:00 h au pôle formation

Par Valentin RAMA

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Monsieur le Docteur Gilbert MBOCK

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Anthony HARO

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Sigles

ARS	Agence Régionale de Santé
DGS	Direction Générale de la Santé
DOCS	Dépistage Organisé du Cancer du Sein
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPP	Comités de Protection des Personnes
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
IDH	Indice de Développement Humain
INCA	Institut National du Cancer
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MT	Médecin traitant

Sommaire

Avertissement	2
Remerciements	Erreur ! Signet non défini.
Sigles	3
Sommaire.....	4
Introduction	6
1 Epidémiologie	6
2 Le dépistage organisé du cancer du sein (DOCS).....	6
2.1 Historique	6
2.2 Participation	7
3 Rôle du médecin généraliste	8
4 Objectifs	9
Matériel et méthodes	10
1 Design de l'étude	10
2 Calcul du nombre de sujets nécessaires	10
3 Elaboration du questionnaire.....	11
4 Recueil des données.....	11
4.1 CPTS de l'Amandinois	12
4.2 CPTS du Grand Denain	12
5 Analyse statistique	12
6 Cadre réglementaire	13
Résultats	14
1 Flowchart	14
2 Analyse des données recueillies	15
2.1 Description des populations	15
2.2 Relation avec le médecin traitant.....	17
2.2.1 Fréquences de consultation du médecin traitant	17
2.2.2 Rapport de l'intimité avec le médecin traitant.....	18
2.3 Information et communication autour du DOCS	19
2.4 Suivi gynécologique et dépistage	22
3 Analyse des freins au DOCS.....	24
3.1 Retour des patientes	24
3.2 Analyse des différentes variables en fonction de la participation au DOCS	25

3.2.1	Facteurs généraux (Table 5, Table 6)	25
3.2.2	Facteurs en lien avec les antécédents gynécologique (Table 7)	28
3.2.3	Facteurs en lien avec le suivi gynécologique (Table 8)	29
3.2.4	Facteurs en lien avec le médecin traitant (Table 9)	30
4	Analyse des leviers potentiels	31
4.1	CPTS de l'Amandinois	31
4.2	CPTS du Denaisis	33
	Discussion.....	34
1	Discussion autour des principaux résultats.....	34
2	Discussion autour de la méthode	37
3	Perspectives d'évolution.....	38
	Conclusion	39
	Liste des tables	40
	Liste des figures	41
	Références.....	42
	Annexe 1	45
	Annexe 2.....	48
	Annexe 3.....	49

Introduction

1 Epidémiologie

Le cancer du sein est un véritable problème de santé publique puisque c'est le cancer le plus fréquent en France. En effet, on compte 61 214 nouveaux cas en 2023, soit une augmentation de 0.3% par an de 2010 à 2023 [1]. De plus, le taux d'incidence standardisé (TSM) est un indicateur épidémiologique qui permet d'étudier l'évolution du risque de cancer de manière indépendante de l'évolution démographique de la population. Nous pouvons observer que le TSM du cancer du sein continue de progresser (+0,9 %) sur la période 1990-2023 selon l'Institut National du Cancer (INCA) [2].

Par ailleurs, le cancer du sein est la deuxième cause de décès par cancer en France. On note environ 12 100 décès par an de 2010 à 2018. Cependant, on note une diminution du taux de mortalité sur cette même période (-1,6%) [1].

D'une manière plus générale, nous pouvons dire qu'une femme sur huit développera un cancer du sein au cours de sa vie [3]. L'âge médian lors du diagnostic de la maladie est de 64 ans [1].

Cependant, nous pouvons constater l'effet bénéfique du dépistage sur la mortalité par cancer du sein, avec une réduction de l'ordre de 15 à 25% selon les études [4] [5]. De plus, on observe une amélioration du taux de survie à 5 ans au cours des dix dernières années. En effet, selon la Haute Autorité de Santé (HAS), il est estimé à 87% pour les femmes chez qui un cancer du sein a été diagnostiqué entre 2010 et 2015 [6].

2 Le dépistage organisé du cancer du sein (DOCS)

2.1 Historique

Le dépistage est défini par la recherche d'une maladie à un stade précoce chez une personne qui ne présente aucun symptôme. L'objectif est de diagnostiquer la maladie rapidement afin de la traiter précocement pour ralentir ou stopper sa progression [7].

Pour être utilisé, un examen de dépistage doit être sensible (peu de faux négatif), spécifique (peu de faux positif), sans danger, simple d'utilisation et d'interprétation et doit être reproductible pour l'ensemble de la population dépistée. De plus, il a pour cible une maladie détectable à un stade précoce pour laquelle un traitement efficace existe et peut être mis en place rapidement afin de diminuer la mortalité [7].

Dans le cadre du cancer du sein, la France a mis en place un dépistage organisé depuis 2004. Le DOCS a vu ses débuts en 1989 avec des programmes expérimentaux dans 3 départements français.

Entre 1994 et 2000, l'État décide d'ajouter 32 départements. Dans le cahier des charges initial de 1994, on retrouvait un dépistage des femmes de 50 à 69 ans, fait à l'aide d'un mammotest avec un seul cliché oblique par sein relu une seconde fois sans examen clinique. Ce dépistage était réalisé tous les 3 ans.

En 2001, la Direction Générale de la Santé (DGS), a modifié le cahier des charges pour prévoir un dépistage des femmes de 50 à 74 ans avec cette fois-ci deux clichés par sein et un examen clinique par un radiologue. Seuls les clichés considérés comme normaux lors de la première lecture bénéficient d'une seconde lecture. Ce cahier des charges prévoit un dépistage tous les 2 ans.

Ce n'est qu'en 2004 que le programme a été généralisé à l'ensemble du pays avec une mise à jour du cahier des charges en 2006. Initialement, l'organisation du DOCS était réalisée au niveau départemental.

A partir de 2008, les techniques passent progressivement de l'analogique au numérique mais ce n'est qu'en 2019 que le dépistage analogique a été interdit en France.

Entre 2017 et 2018, l'État et les Agences régionales de Santé (ARS) se concentrent vers une régionalisation du dépistage avec la création en 2019 des Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC) [8].

Par ailleurs, une nouvelle technique a vu le jour récemment : la tomosynthèse 3D. C'est une technique qui permet d'obtenir des images 3D du sein à partir de différentes coupes. Elle est largement utilisée depuis 2009 en dehors du cadre du dépistage organisé.

En réponse à une saisine de l'INCA sur les opportunités d'utilisation de cette technique dans le DOCS, la HAS réalise en 2019 une analyse comparative des différentes techniques et de leur association (technique de mammographie classique 2D, tomosynthèse 3D et la méthode 2D synthétique). A l'issue, la HAS recommande l'intégration de la tomosynthèse dans le DOCS à condition qu'elle soit associée à la reconstruction d'une image 2D synthétique (soit 2Ds + 3D). Cependant, en parallèle du déploiement progressif de cette méthode, l'HAS recommande le maintien de la mammographie numérique 2D [6].

2.2 Participation

Selon L'INCA, le programme de DOCS a permis de détecter 7,5 cancers pour 1000 femmes dépistées, soit 38 905 cas entre 2015 et 2016 [9].

Les recommandations de la HAS et les recommandations européennes préconisent un taux de participation de 70% pour que le programme soit pleinement efficace [4] [10].

Néanmoins, le taux de participation au DOCS ne fait que baisser depuis plusieurs années [9]. Après son instauration en 2004, on note un pic de participation en 2011-2012 avec 52,3% alors que le taux en 2021-2022 est de 47,7% en moyenne en France et de 47,3% dans le Nord [11]. Nous pouvons voir l'évolution du taux de participation au DOCS grâce à la (Figure 1) ci-dessous. A noter la présence d'une cassure de la courbe de participation en 2019 en lien avec la pandémie mondiale de la COVID 19 qui a entraîné la fermeture des centres de dépistage.

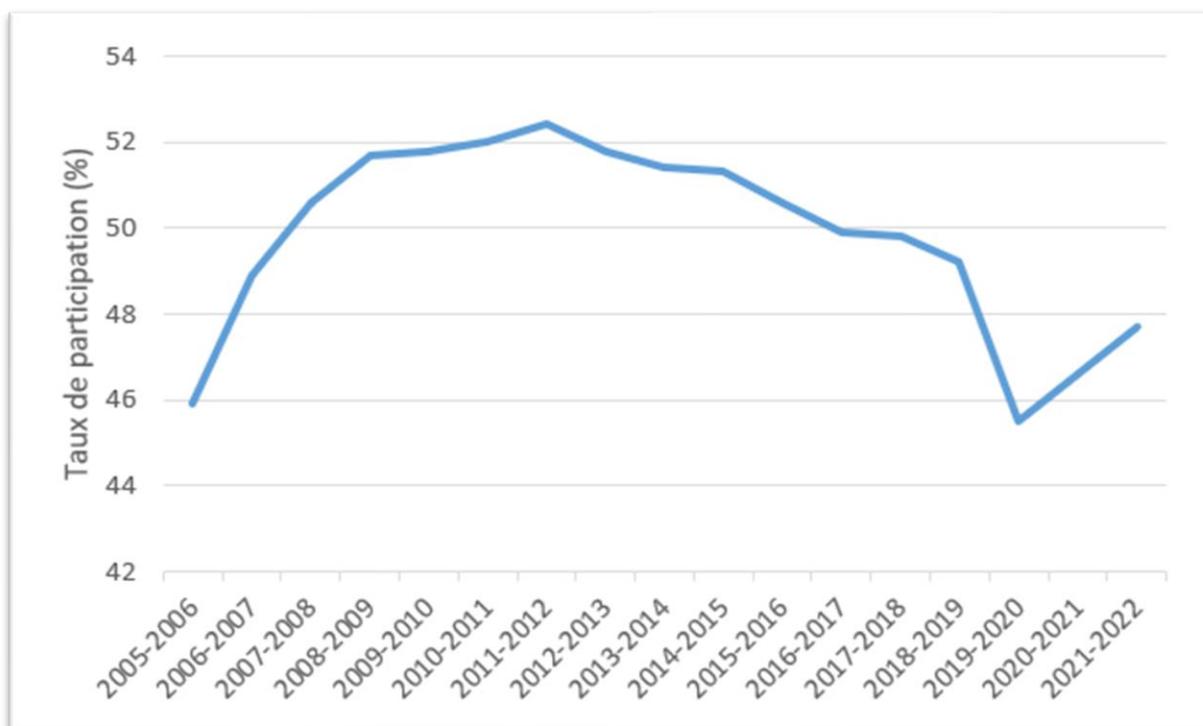


Figure 1. Evolution du taux national de participation au DOCS

Cependant, selon Santé Publique France [10], vient s'ajouter à ces chiffres environ 11% des patientes de 50 à 74 ans qui se font dépister dans le cadre d'une démarche individuelle sans passer par le DOCS.

3 Rôle du médecin généraliste

Selon le code de la santé publique, le rôle du médecin généraliste est définie par l'article L 4130-1 [12] :

Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;

2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;

3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;

4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;

5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;

- 5° bis Administrer et coordonner les soins visant à soulager la douleur. En cas de nécessité, le médecin traitant assure le lien avec les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur ;*
- 6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;*
- 7° Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article [L. 6314-1](#) ;*
- 8° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.*

Le médecin généraliste est un acteur principal puisqu'il est le plus souvent le premier contact avec le système de soin. Ses rôles et missions sont nombreux avec notamment un rôle de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement. Il a également un rôle d'accompagnement et d'éducation thérapeutique [13] [14].

En ce qui concerne le dépistage du cancer du sein, le médecin généraliste présente également plusieurs rôles. Il possède tout d'abord les rôles d'information et de prévention primaire. Il apporte les renseignements nécessaires sur la maladie, le dépistage ainsi que les facteurs de risque contre lesquels il faut lutter. Ensuite, il participe au dépistage du cancer du sein avec l'interrogatoire et l'examen clinique, notamment lors de l'examen gynécologique avec la palpation mammaire. Il repère également les patientes à haut risques afin de les orienter vers un dépistage personnalisé et vers les spécialistes pour leur prise en charge. Enfin, le médecin généraliste possède également un rôle d'écoute et d'accompagnement de ses patientes et de leur famille.

L'intérêt de toutes ses actions est d'avoir la meilleure prise en charge possible pour améliorer les chances de guérison et de survie chez les patientes atteintes du cancer du sein.

4 Objectifs

L'introduction précédente a permis de retracer l'évolution du programme du DOCS au cours des trente dernières années.

Cependant, les objectifs de dépistage ne sont pas atteints et les causes restent à préciser.

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les leviers permettant d'améliorer l'accès au DOCS.

Afin d'en nourrir l'identification, il est nécessaire d'identifier les freins qui entravent son accès.

Matériel et méthodes

1 Design de l'étude

L'étude réalisée est observationnelle, descriptive, transversale et multicentrique. Elle a été réalisée à l'aide d'un questionnaire comportant des questions ouvertes et fermées.

Les critères d'inclusions sont le fait d'être une femme en âge de participer au DOCS, soit de 50 à 74 ans, de consulter son médecin généraliste et d'être sur le territoire des CPTS de l'Amandinois et Grand Denain.

Sont exclues, les femmes ayant un antécédent personnel de cancer du sein, qu'il soit en cours de prise en charge, en rémission ou guéri.

2 Calcul du nombre de sujets nécessaires

Pour calculer le nombre de sujets nécessaires, un calculateur d'échantillon a été utilisé dans lequel il a fallu indiquer la taille de la population cible ainsi qu'une marge d'erreur et un niveau de confiance. La taille de l'échantillon recommandé est ainsi calculée via les formules présentées sur la (Figure 2) avec « n » la taille de l'échantillon, « E » la marge d'erreur, « N » la taille de la population, « r » la fraction de réponse qui nous intéresse et « Z(c/100) » la valeur critique pour le niveau de confiance « c ».

$$X = Z \left(\frac{c}{100} \right)^2 r (100 - r)$$
$$n = \frac{N \times X}{\left((N - 1) E^2 + X \right)}$$
$$E = \text{Sqrt} \left[\frac{(N - n) \times X}{n (N - 1)} \right]$$

Figure 2. Formules du calcul du nombre de sujet nécessaire

Selon l'INSEE, au 1^{er} janvier 2023, la population française était constituée de 68 042 591 personnes [15], dont 10 832 840 femmes de 50 à 74 ans [16]. Selon le ministère de la Santé et de la Prévention, au premier janvier 2024, la population de la CPTS de l'Amandinois comptait 44 181 personnes et celle de la CPTS Grand Denain comptait 108 297 [17], soit une population de 152 478 personnes. En réalisant un produit en croix, nous pouvons conclure qu'il y a environ 24 276 femmes de 50 à 74 ans sur ces deux CPTS. Cet effectif peut être représentatif de la population cible de cette étude (Table 1.).

Table 1. Calcul de la population cible

Lieux	Population totale	Nombre de femme de 50 à 74 ans
En France	68 042 591	10 832 840
Sur les 2 CPTS	152 478	24 276

Pour une population de 24 276 personnes, avec un niveau de de risque de 5% et un niveau de confiance de 95%, l'échantillon doit compter 379 personnes. A noter qu'au-delà de 20 000 personnes, la taille de l'échantillon reste identique.

La répartition de la population cible totale est de 29% pour l'Amandinois et 71% pour le Denaisis. Les objectifs d'échantillon pour respecter cette proportion sont respectivement 110 et 269 patientes à inclure.

3 Elaboration du questionnaire

Le questionnaire est composé de 25 questions qui se répartissent en 4 groupes :

- 13 questions en lien avec les caractéristiques générales et les antécédents gynécologiques des patientes (les questions 1, 3, 4, 5, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 et 25)
- 5 questions en lien avec la relation patiente / médecin traitant (les questions 2, 7, 8, 9 et 10)
- 4 questions en lien avec l'information et la communication du DOCS (les questions 12, 13, 15 et 16)
- 3 questions en lien avec le suivi gynécologique et le DOCS (les questions 6, 11 et 14)

Sur le questionnaire figure également la question principale de l'étude ainsi qu'un paragraphe expliquant l'objectif de celle-ci (Annexe 1).

4 Recueil des données

Les patientes sont recrutées lors d'une consultation de médecine générale.

Le recrutement a commencé initialement dans la CPTS de l'Amandinois et de manière décalée dans la CPTS du Grand Denain.

L'ensemble des réponses aux questionnaires ont été intégrées dans un tableur afin d'analyser les données.

4.1 CPTS de l'Amandinois

Un mail d'information accompagné d'une courte vidéo de présentation expliquant mon projet de thèse a été diffusé à chaque médecin de la CPTS en amont d'une réunion de celle-ci. De plus, lors de cette réunion, une présentation orale rappelant le projet de thèse a été effectuée et des enveloppes timbrées contenant dix questionnaires ont été distribuées.

En parallèle, des questionnaires ont été remis en main propre dans certains cabinets médicaux de la CPTS. Ils étaient accompagnés d'une fiche d'information destinée aux praticiens (Annexe 2), ainsi qu'une affiche à l'attention des patientes (Annexe 3). Lors de la distribution, une explication orale du projet de thèse a été réalisée auprès des médecins et les critères d'inclusion et d'exclusion ont été précisés.

Le ramassage a eu lieu en deux collectes, 3 et 4 semaines après la distribution. Associé à cela, le retour par voie postale d'une partie des enveloppes timbrées distribuées.

4.2 CPTS du Grand Denain

Il n'y a pas eu de réunion permettant l'explication du projet de thèse en amont. Les questionnaires accompagnés de la fiche d'information destinée aux praticiens et de l'affiche à l'attention des patientes ont été déposés en main propre dans certains cabinets médicaux de la CPTS. Lors de la distribution, une explication orale du projet de thèse a été réalisée auprès des médecins et les critères d'inclusion et d'exclusion ont été précisés.

Le ramassage s'est effectué en trois collectes, 3, 4 et 5 semaines après la distribution.

5 Analyse statistique

Les réponses des patientes ont été décrites selon leur nature par moyenne et écart type ou effectifs et pourcentages. Elles ont été comparées selon les variables d'intérêt, à l'aide de tests paramétriques et non paramétriques.

Pour les variables catégoriques, nous avons effectué le test paramétrique du chi² et, à défaut, le test non paramétrique de Fisher.

Pour les variables continues, nous avons effectué le test paramétrique de Student et, à défaut, le test non paramétrique de Wilcoxon.

Le seuil de significativité retenu est $p < 0,05$.

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel de statistique R version 4.3.1.

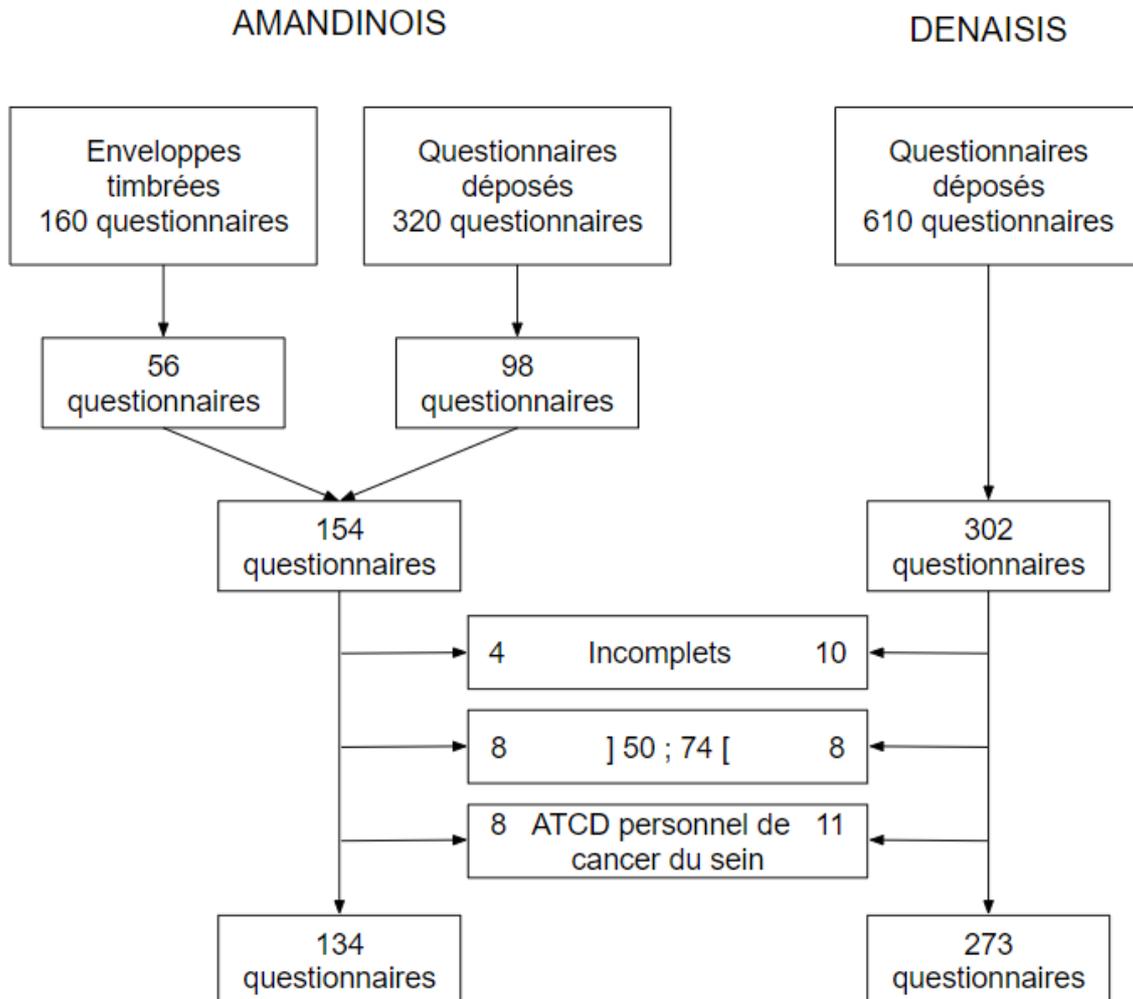
6 Cadre réglementaire

L'étude ne nécessite pas de validation auprès d'un Comité de Protection des Personnes (CPP) puisqu'elle est hors champ de la loi Jardé. De plus, il n'y a pas eu de demande auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), car les patientes ont été libres de répondre au questionnaire après une information claire, le questionnaire est anonyme et la confidentialité a été respectée [18].

Une partie des frais d'impression et de timbre a été pris en charge au sein de la CPTS de l'Amandinois.

Résultats

1 Flowchart



Pour la CPTS de l'Amandinois, 480 questionnaires ont été distribués et 154 ont été récupérés. Il y a 20 questionnaires qui n'ont pas été retenus devant la présence de critères d'exclusion ou de réponses incomplètes. Il y a donc au total 134 questionnaires exploitables.

Pour la CPTS du Denaisis, 610 questionnaires ont été distribués et 302 ont été récupérés. Il y a 29 questionnaires qui n'ont pas été retenus devant la présence de critères d'exclusion ou de réponses incomplètes. Il y a donc au total 273 questionnaires exploitables.

2 Analyse des données recueillies

2.1 Description des populations

Dans le tableau suivant (Table 2), nous retrouvons la description des deux populations.

Table 2. Description des populations

	Amandinois n= 134	Denaisis n= 273	p.value
Age	61 (sd=7)	60.7 (sd=7)	0.6471
Poids (en kg)	71.7 (sd=14.1)	75.3 (sd=14.9)	0.0291
Taille (en cm)	162.3 (sd=6)	163.6 (sd=8.8)	0.0077
IMC	27.3 (sd=5.5)	28.5 (sd=9.5)	0.2153
Tabac	31 (23.1%)	54 (19.8%)	0.514
Nombre de cigarettes/jour en moyenne	14.9 (sd=5.5)	11.3 (sd=4.6)	0.0014
Niveau d'étude			
Collège	26 (19.4%)	38 (13.9%)	0.1384
Lycée	56 (41.8%)	120 (44%)	
BAC +1 et 2	30 (22.4%)	75 (27.5%)	
BAC +3	11 (8.2%)	30 (11%)	
BAC +5 et plus	11 (8.2%)	10 (3.7%)	
Profession			
Indépendante	9 (6.7%)	7 (2.6%)	0.1404
Salariée	31 (23.1%)	79 (28.9%)	
Fonctionnaire	15 (11.2%)	37 (13.6%)	
Chômage	1 (0.7%)	4 (1.5%)	
Sans emploi	22 (16.4%)	29 (10.6%)	
Retraitée	56 (41.8%)	117 (42.9%)	
Situation familiale			
Célibataire	15 (11.2%)	32 (11.7%)	0.7076
En couple	24 (17.9%)	51 (18.7%)	
Mariée	71 (53%)	139 (50.9%)	
Divorcée	15 (11.2%)	40 (14.7%)	
Veuve	9 (6.7%)	11 (4%)	

	Amandinois n= 134	Denaisis n= 273	p.value
Situation familiale			
Célibataire	15 (11.2%)	32 (11.7%)	0.7076
En couple	24 (17.9%)	51 (18.7%)	
Mariée	71 (53%)	139 (50.9%)	
Divorcée	15 (11.2%)	40 (14.7%)	
Veuve	9 (6.7%)	11 (4%)	
Structure familiale			
Parent	122 (91%)	242 (88.6%)	0.5696
1 enfant	28 (23%)	61 (25.4%)	0.3037
2 enfants	44 (36.1%)	99 (41.2%)	
3 enfants	37 (30.3%)	51 (21.2%)	
4 enfants et plus	13 (10.7%)	29 (12.1%)	
Grand parent	69 (51.5%)	124 (45.4%)	0.3411
Garde des petits enfants	37 (52.9%)	44 (35.8%)	0.0307
Nombre d'heures par semaine	6.8 (sd=4.8)	7.6 (sd=5.3)	0.5322
Antécédents			
ATCD personnel de cancer gynécologique	12 (9%)	20 (7.3%)	0.7055
Cancer de l'endomètre	2 (16.7%)	1 (5%)	0.5403
Cancer du col de l'utérus	10 (83.3%)	19 (95%)	
ATCD familial de cancer gynécologique	49 (36.6%)	87 (31.9%)	0.405
Cancer du sein	39 (79.6%)	77 (88.5%)	0.2473
Cancer du col de l'utérus	9 (18.4%)	13 (14.9%)	0.7809
Cancer de l'endomètre	4 (8.2%)	5 (5.7%)	0.722

L'âge moyen des patientes ayant répondu au questionnaire est de 61 ans (sd=7) dans la CPTS de l'Amandinois et de 60,7 ans (sd=7) dans la CPTS du Grand Denain.

L'IMC des patientes des deux populations n'est pas significativement différent avec 27,3 et 28,5 kg/m².

Il y a 31 patientes de l'Amandinois (23,1%) et 54 patientes du Denaisis (19,8%) qui consomment régulièrement du tabac. Le nombre de cigarettes consommées par jour est significativement plus élevé dans la population de l'Amandinois (avec 5,5 contre 4,6 cigarettes par jour dans le grand Denain, $p=0,0014$).

Dans les deux populations, le niveau d'étude "lycée" représente un plus grand nombre de patientes suivie ensuite par le niveau "BAC + 1 ou 2". Les patientes retraitées représentent également une part plus importante des deux populations. À ces dernières, succèdent les patientes salariées.

Parmi les différentes situations familiales représentées, dans l'Amandinois ainsi que dans le Denaisis, la majorité des patientes sont mariées (71 patientes soit 53% et 139 patientes soit 50,9%) et ont des enfants (122 patientes soit 91% et 242 patientes soit 88,6%). La moyenne d'enfant par patiente est de 2,32 et 2,25 enfants selon la population.

De plus, 69 patientes de la CPTS de l'Amandinois (51,5%) et 124 patientes de la CPTS Grand Denain (45,4%) sont grands-parents. Les patientes de l'Amandinois gardent significativement plus leurs petits enfants que les patientes du Denaisis (52,9% contre 35,8%, $p=0,0307$).

D'autre part, en ce qui concerne les antécédents personnels de cancer gynécologique des patientes des deux populations, peu d'entre elles (12 patientes soit 9% et 20 patientes soit 7,3%) présentent ou ont présenté un cancer de l'endomètre ou du col de l'utérus (l'antécédent de cancer du sein étant un critère d'exclusion de l'étude).

Par ailleurs, 49 patientes de l'Amandinois (36,6%) et 87 patientes du Denaisis (31,9%) ont un antécédent familial de cancer gynécologique avec une surreprésentation du cancer du sein, pour 39 patientes soit 79,6% et 77 patientes soit 88,5%.

2.2 Relation avec le médecin traitant

2.2.1 Fréquences de consultation du médecin traitant

Dans les deux populations étudiées, il n'y a pas de différence significative sur la fréquence des consultations. La plupart des patientes consultent leur médecin traitant tous les 3 mois (Figure 3).

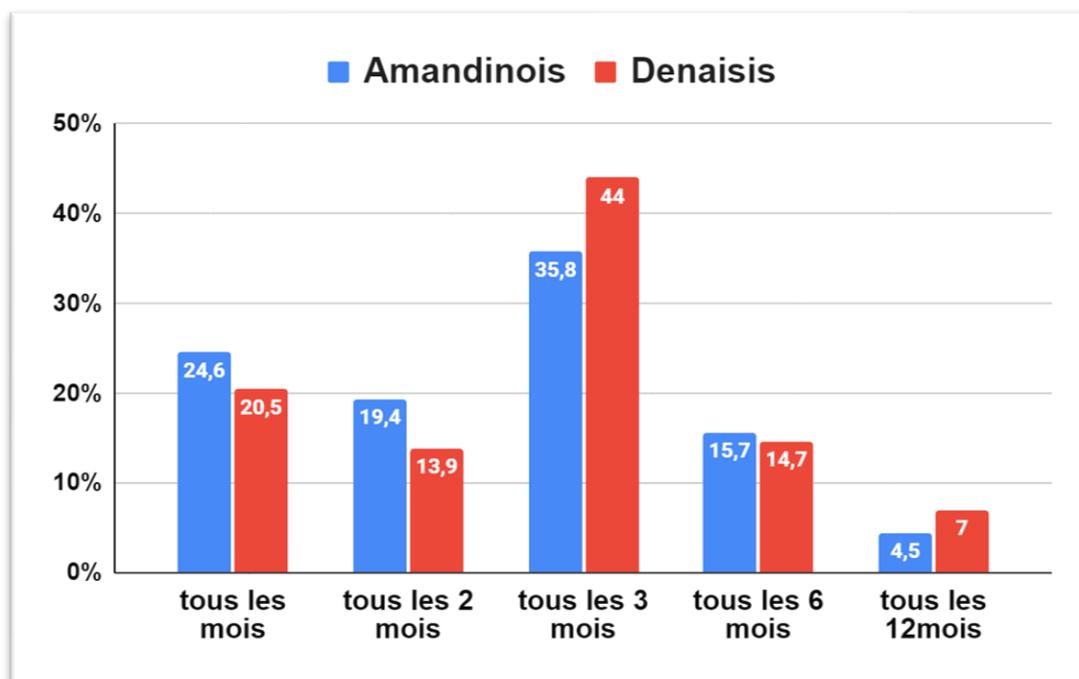


Figure 3. Fréquences des consultations chez le médecin traitant

2.2.2 Rapport de l'intimité avec le médecin traitant

Pour ces deux populations, il y a respectivement 34 patientes (25,4%) et 79 patientes (28,9%) chez qui le sexe de leur médecin traitant a un impact sur leur discussion autour de l'intimité.

Pour la CPTS de l'Amandinois, il y a 39 patientes (29,1%) qui n'abordent pas avec leur médecin traitant un problème touchant leur intimité. Parmi elles, 15 sont trop timides ou trop gênées pour en parler, une préfère en parler à son gynécologue et une ne pense pas à en parler.

Pour la CPTS du Grand Denain, il y a 88 patientes (32,2%) qui n'abordent pas avec leur médecin traitant un problème touchant leur intimité. Parmi elles, 10 sont trop timides ou trop gênées pour en parler, 6 préfèrent en parler à leur gynécologue ou leur sage-femme, 3 ne le souhaitent pas car c'est un nouveau médecin traitant et elles ne sont pas à l'aise ou ne le connaissent pas assez, 3 indiquent qu'elles n'ont jamais eu de problème, 2 ne souhaitent pas lui en parler car c'est un homme, 2 indiquent qu'elles n'ont plus de médecin traitant et 2 ne consultent que rarement leur médecin traitant et n'ont pas le temps d'en parler.

Parmi les patientes de l'Amandinois et du Denaisis, 9 (6,7%) et 22 (8,1%) ne parleraient pas d'une anomalie au niveau du sein (de type de rougeur, masse, déformation cutanée ou autre) à leur médecin traitant. La (Figure 4) en répertorie les différentes raisons, étant entendu qu'une patiente puisse en avoir plusieurs.

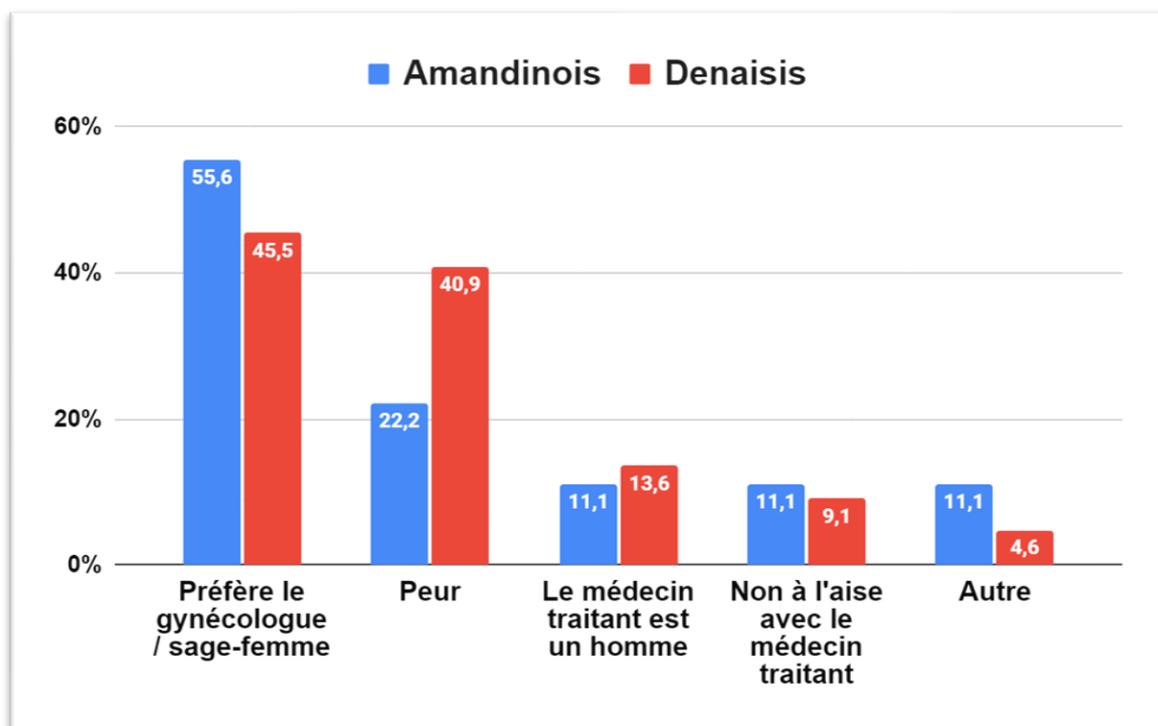


Figure 4. Raisons pour lesquelles les patientes ne parleraient pas d'une anomalie au niveau du sein

Par ailleurs, il y a respectivement 94% et 92,3% des patientes qui se sentent à l'aise de parler du cancer du sein avec leur médecin traitant.

2.3 Information et communication autour du DOCS

La population de l'Amandinois se sent significativement mieux informée sur le DOCS que la population du Denaisis (avec les moyennes respectives de 7,6/10 (sd=2,1) et de 7,3/10 (sd=1,8), $p=0,044$) comme nous le montre le tableau suivant (Table 3). Nous retrouvons la répartition des notes en fonction des deux populations sur la (Figure 5).

Table 3. Notes moyennes de l'information sur le DOCS

	Amandinois n = 134	Denaisis n = 273	p.value
Note moyenne de l'information	7.6 (sd=2.1)	7.3 (sd=1.8)	0.044

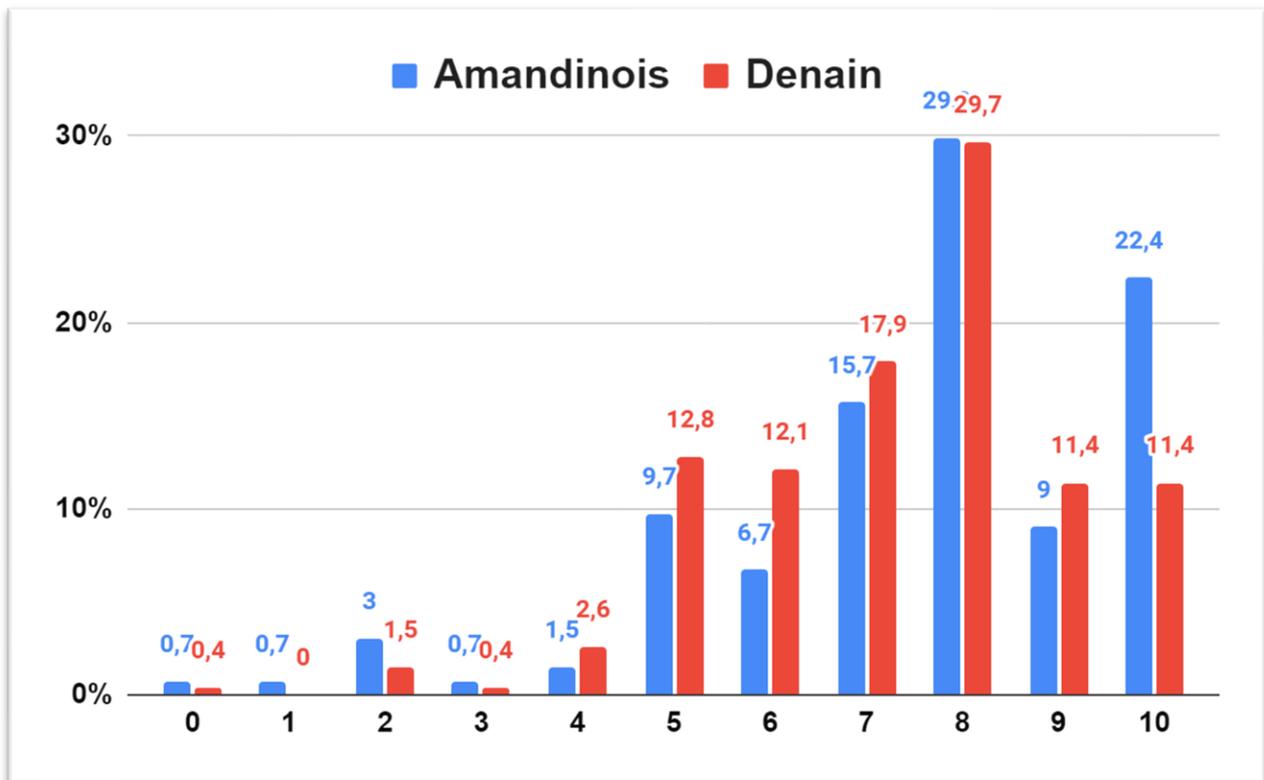


Figure 5. Répartition des notes sur l'information du DOCS

Nous pouvons voir grâce à la figure suivante (Figure 6), les moyens de communication choisis par les patientes pour recevoir une information sur le DOCS en fonction des deux populations.

Dans les deux populations, les quatre principaux moyens de communication préférés par les patientes pour recevoir une information sur le DOCS sont par le médecin traitant (83,6% et 87,5%), par le gynécologue ou sage-femme (57,5% et 58,2%), par courrier (40,3% et 38,5%) et par la télévision (26,9% et 25,6%), étant entendu qu'une patiente peut choisir différents moyens de communication.

Une patiente de l'Amandinois a proposé de mettre des affiches notamment en salle d'attente et une patiente du Denais a précisé que l'ensemble des moyens de communication devrait être utilisé.

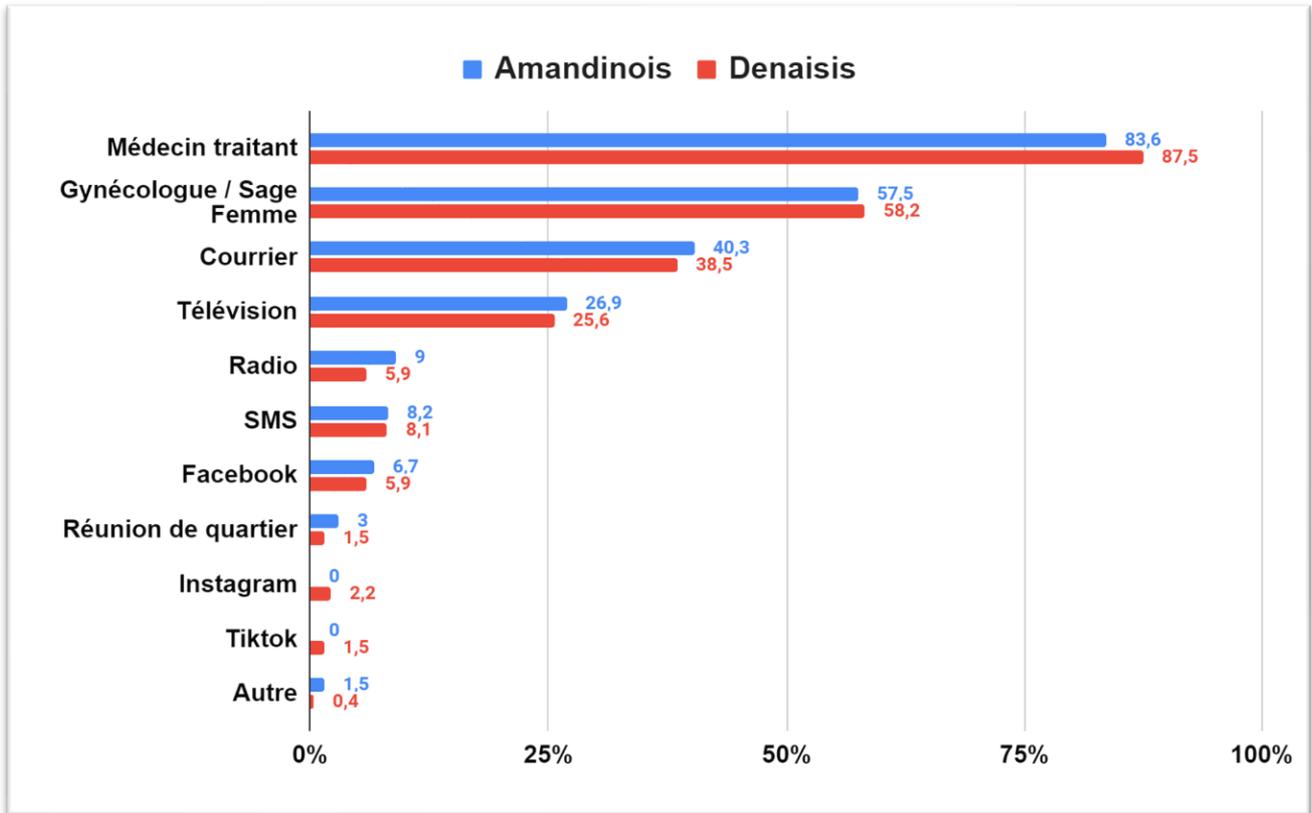


Figure 6. Moyens de communication pour apporter une information sur le DOCS

Parmi les patientes de l'Amandinois et du Denaisis, il y a respectivement 85 (64,9%) et 183 (67,3%) patientes qui semblent intéressées par la réalisation une consultation dédiée à l'information du cancer du sein et de son dépistage (Figure 7).

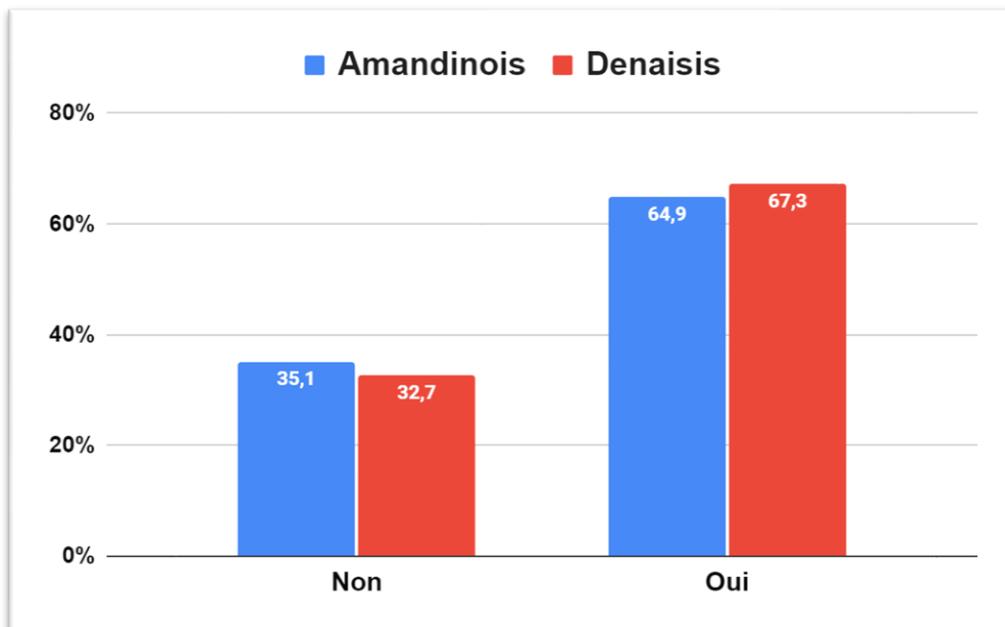


Figure 7. Souhait d'une consultation d'information sur le cancer du sein et son dépistage

2.4 Suivi gynécologique et dépistage

Dans les deux populations, il n'y a pas de différence significative concernant le suivi gynécologique des patientes. On retrouve respectivement dans les CPTS de l'Amandinois et du Grand Denain, 91 (67,9%) et 199 (72,9%) patientes qui bénéficient d'un suivi gynécologique régulier. Le suivi est réalisé par un gynécologue ou une sage-femme dans 94,5% et 93,9% des cas et majoritairement à la fréquence d'une fois par an (65,9% et 64,3%) comme nous le montre le tableau suivant (Table 4).

Table 4. Suivi gynécologique

	Amandinois n = 134	Denaisis n = 273	p.value
Suivi gynécologique	91 (67.9%)	199 (72.9%)	0.3537
Avec qui			
Par gynécologue / sage-femme	86 (94.5%)	186 (93.9%)	1
Par médecin traitant	5 (5.5%)	11 (5.6%)	
Par les deux	0 (0%)	1 (0.5%)	
Quelle fréquence			
1 fois / an	60 (65.9%)	128 (64.3%)	0.2323
1 fois / 2-3 ans	20 (22%)	57 (28.6%)	
1 fois / 3-5 ans	11 (12.1%)	14 (7%)	

Il y a respectivement 125 (93,3%) et 257 (94,1%) patientes qui ont déjà réalisé une mammographie. La raison principale est en lien avec le DOCS (Figure 8).

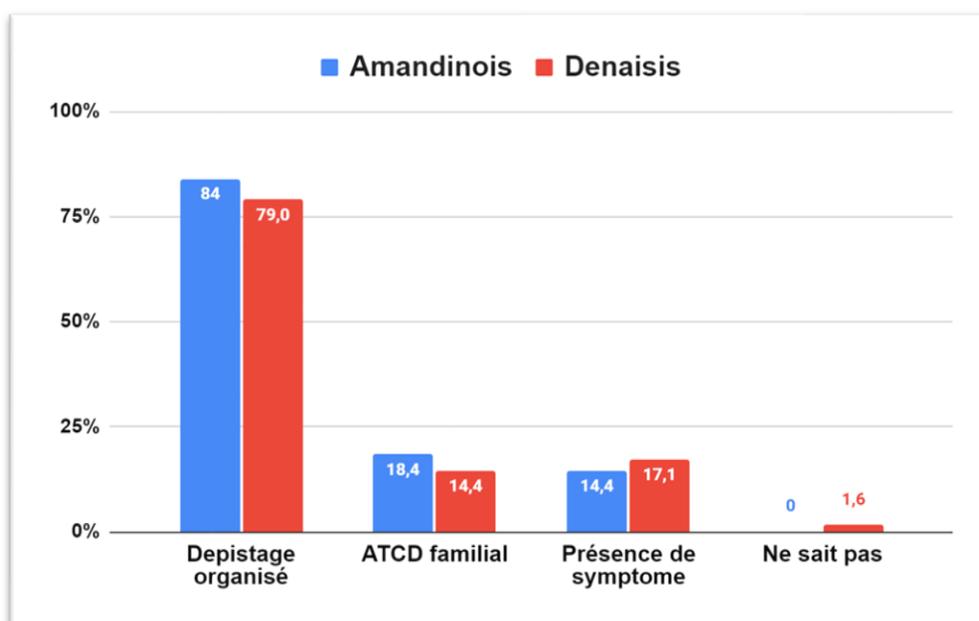


Figure 8. Motifs de réalisation d'une mammographie

Le taux de participation au DOCS est de 72,4% dans l'Amandinois et de 73,6% dans le Denaisis (Figure 9).

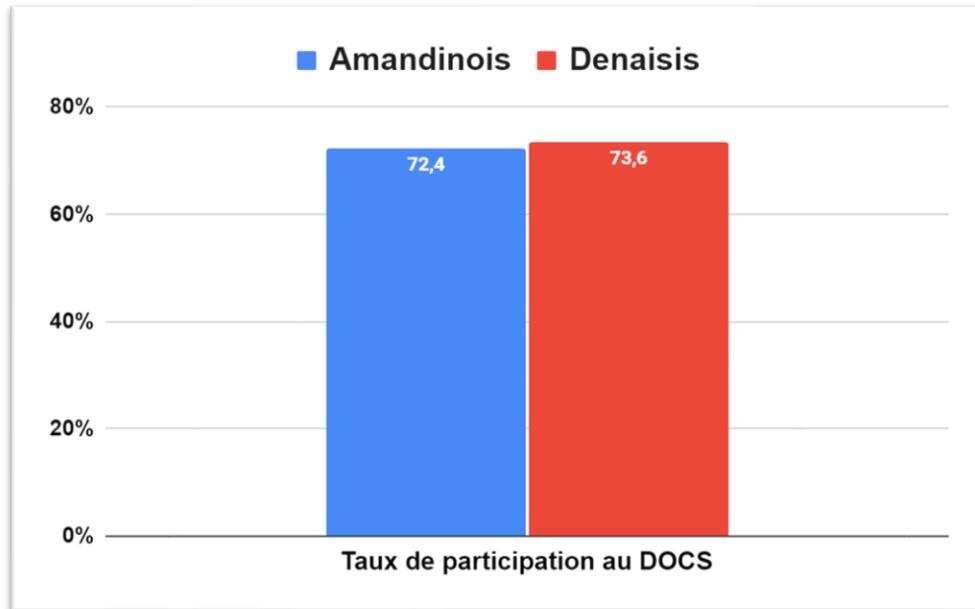


Figure 9. Taux de participation au DOCS

Les deux raisons principales pour lesquelles les patientes participent au DOCS sont l'invitation par courrier (72,6% et 74,6%) et le choix personnel (35,8% et 35,8%) (Figure 10).

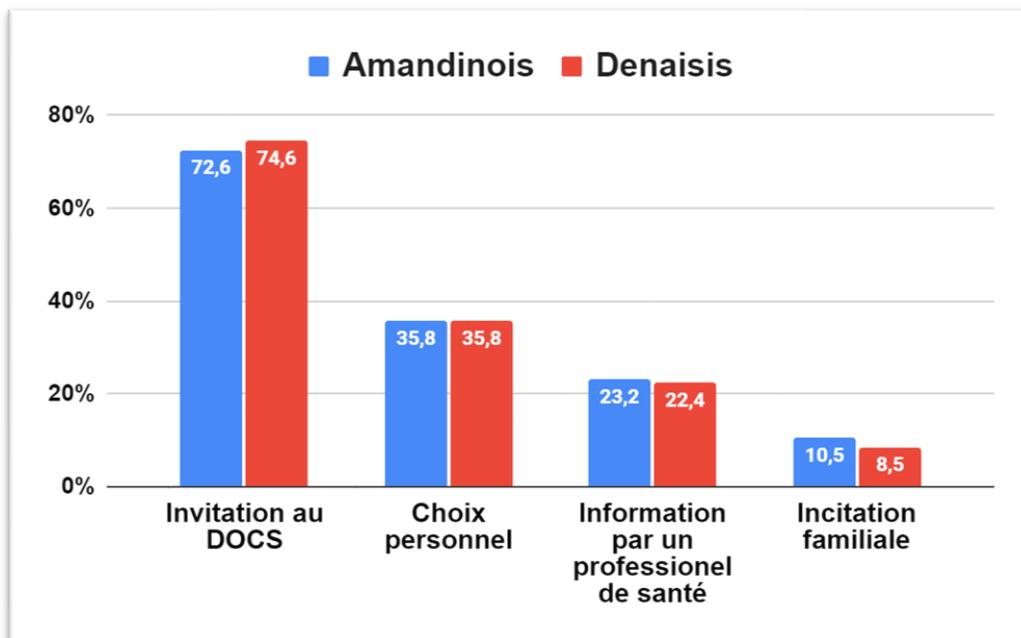


Figure 10. Raisons de la participation au DOCS

3 Analyse des freins au DOCS

3.1 Retour des patientes

Dans les populations de l'Amandinois et du Denaisis, il y a respectivement 37 (27,6%) et 72 (26,4%) patientes qui ne participent pas au DOCS. Les raisons sont qu'elles ne pensent pas à participer (45,9% et 31,9%), le manque de temps (21,6% et 34,7%), le manque d'information (21,6% et 25%), la peur des résultats (16,2% et 16,7%), la peur de l'examen (5,4% et 6,9%) et l'accès difficile (0% et 9,7%), étant entendu que les patientes peuvent avoir plusieurs raisons de ne pas participer au DOCS (Figure 11).

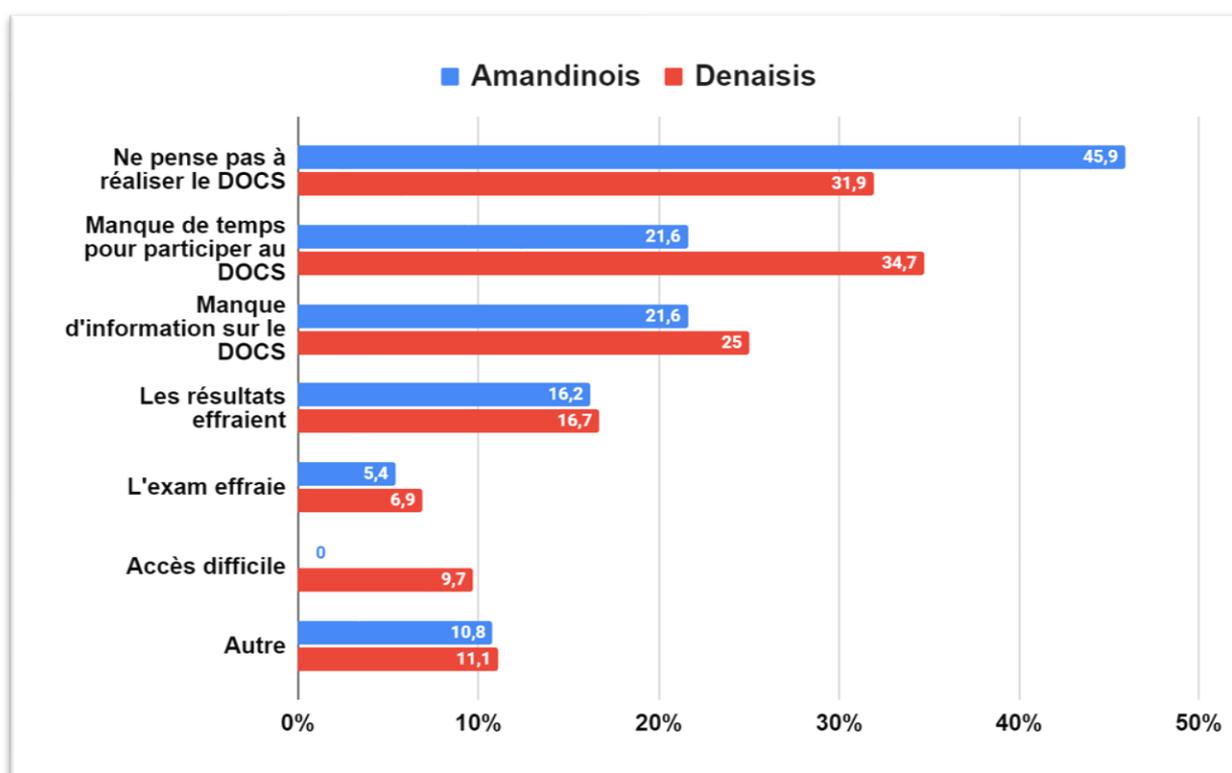


Figure 11. Raisons de la non-participation au DOCS

Sur le secteur de l'Amandinois, parmi les patientes ayant répondu « autre », 2 patientes ne participent pas au DOCS car elles souhaitent réaliser une mammographie chaque année, une patiente indique ne pas avoir reçu de courrier et une autre indique qu'elle ne participe pas au DOCS par peur des rayons et du risque de cancer radio-induit.

Sur le secteur du Denaisis, parmi les patientes ayant répondu « autre », 5 n'ont pas précisé la cause, 2 patientes indiquent qu'elles ne souhaitent pas participer au DOCS et une ne participe pas au DOCS car elle souhaite réaliser une mammographie chaque année.

3.2 Analyse des différentes variables en fonction de la participation au DOCS

Dans cette partie, nous nous intéressons aux facteurs pouvant éventuellement impacter la participation au DOCS selon la population de l'Amandinois, la population du Denaisis et de la population totale.

3.2.1 Facteurs généraux (Table 5, Table 6)

Dans un premier temps, l'âge est un marqueur significatif de participation au DOCS, quelle que soit la population. Nous observons que les personnes ne participant pas au dépistage sont plus jeunes que les personnes y participant. Soulignons que la tranche d'âge participant le moins est celle des 50-54 ans.

Dans la population du Grand Denain et dans la population totale de l'étude, les patientes qui consomment du tabac participent significativement moins au DOCS.

De plus, la participation est significativement impactée, quelle que soit la population, par le niveau d'information. Nous observons que les personnes ne participant pas au DOCS sont moins informées que les personnes y participant. Selon les populations, les notes d'information moyennes sont de 6,2 à 6,6 pour les patientes ne participant pas au DOCS contre 7,7 à 7,9 pour les patientes participant au DOCS.

Table 5. Facteurs généraux en fonction de la participation au DOCS, 1ere partie

Population	AMANDINOIS n = 134			DENAISIS n = 273			AMANDINOIS + DENAISIS n = 407		
	Non n= 37	Oui n= 97	p.value	Non n= 72	Oui n= 201	p.value	Non n= 109	Oui n= 298	p.value
Age	58.8 (sd=7.7)	61.8 (sd=6.5)	0.0158	58.5 (sd=7.4)	61.4 (sd=6.8)	0.0011	58.6 (sd=7.5)	61.6 (sd=6.7)	<0.001
Tranches d'âge									
50-54	14 (51.9%)	13 (48.1%)	0.0285	31 (46.3%)	36 (53.7%)	0.0004	45 (47.9%)	49 (52.1%)	<0.001
55-59	9 (29%)	22 (71%)		10 (15.6%)	54 (84.4%)		19 (20%)	76 (80%)	
60-64	5 (14.7%)	29 (85.3%)		13 (25.5%)	38 (74.5%)		18 (21.2%)	67 (78.8%)	
65-69	4 (20%)	16 (80%)		8 (15.7%)	43 (84.3%)		12 (16.9%)	59 (83.1%)	
70-74	5 (22.7%)	17 (77.3%)		10 (25%)	30 (75%)		15 (24.2%)	47 (75.8%)	
Poids	73.3 (sd=16)	71.1 (sd=13.4)	0.7575	73.3 (sd=18)	76.1 (sd=13.6)	0.0483	73.3 (sd=17.3)	74.4 (sd=13.7)	0.1127
Taille	162 (sd=6.3)	162.4 (sd=5.9)	0.7432	162.5 (sd=13.8)	164 (sd=6)	0.9514	162.3 (sd=11.8)	163.5 (sd=6)	0.721

Population	AMANDINOIS n = 134			DENAISIS n = 273			AMANDINOIS + DENAISIS n = 407		
	Non n= 37	Oui n= 97	p.value	Non n= 72	Oui n= 201	p.value	Non n= 109	Oui n= 298	p.value
IMC	28.1 (sd=6.2)	27 (sd=5.2)	0.4346	29.1 (sd=16.6)	28.3 (sd=5.1)	0.1224	28.7 (sd=13.9)	27.9 (sd=5.1)	0.4021
Tabac	13 (41.9%)	18 (58.1%)	0.071	21 (38.9%)	33 (61.1%)	0.0309	34 (40%)	51 (60%)	0.0031
Pas de tabac	24 (23.3%)	79 (76.7%)		51 (23.3%)	168 (76.7%)		75 (23.3%)	247 (76.7%)	
Nombre de cigarettes/jour	14.9 (sd=5.2)	14.9 (sd=6)	0.9668	11.3 (sd=5.2)	11.2 (sd=4.3)	0.9239	12.7 (sd=5.4)	12.5 (sd=5.2)	0.9292
Niveau d'information sur le DOCS	6.6 (sd=2.4)	7.9 (sd=1.9)	0.0013	6.2 (sd=2.1)	7.7 (sd=1.5)	<0.001	6.3 (sd=2.2)	7.8 (sd=1.6)	<0.001
Souhaite une consultation dédiée	23 (27,1%)	62 (72,9%)	0,8365	50 (27,3%)	133 (72,7%)	0,7564	73 (27,2%)	195 (72,8%)	0,9974
Ne souhaite pas de consultation dédiée	14 (30,4%)	32 (69,6%)		22 (24,7%)	67 (75,3%)		36 (26,7%)	99 (73,3%)	

Alors que le niveau d'étude, la situation familiale ou le nombre d'enfants ne semblent pas impacter la participation au DOCS, la profession semble l'influencer dans la population du Denaisis et dans la population totale. En effet, les patientes sans-emplois participent significativement moins au DOCS dans ces populations.

Table 6. Facteurs généraux en fonction de la participation au DOCS, 2e partie

Population	AMANDINOIS n = 134			DENAISIS n = 273			AMANDINOIS + DENAISIS n = 407		
	Non n= 37	Oui n= 97	p.value	Non n= 72	Oui n= 201	p.value	Non n= 109	Oui n= 298	p.value
Niveau d'étude									
Collège	7 (26.9%)	19 (73.1%)	0.7586	12 (31.6%)	26 (68.4%)	0.9355	19 (29.7%)	45 (70.3%)	0.7371
Lycée	17 (30.4%)	39 (69.6%)		31 (25.8%)	89 (74.2%)		48 (27.3%)	128 (72.7%)	
BAC +1 et 2	9 (30%)	21 (70%)		20 (26.7%)	55 (73.3%)		29 (27.6%)	76 (72.4%)	
BAC +3	3 (27.3%)	8 (72.7%)		7 (23.3%)	23 (76.7%)		10 (24.4%)	31 (75.6%)	
BAC +5 et plus	1 (9.1%)	10 (90.9%)		2 (20%)	8 (80%)		3 (14.3%)	18 (85.7%)	

Population	AMANDINOIS n = 134			DENAISIS n = 273			AMANDINOIS + DENAISIS n = 407		
Participation au DOCS	Non n= 37	Oui n= 97	p.value	Non n= 72	Oui n= 201	p.value	Non n= 109	Oui n= 298	p.value
Profession									
Indépendante	0 (0%)	9 (100%)	0.0165	2 (28.6%)	5 (71.4%)	0.0005	2 (12.5%)	14 (87.5%)	0.0005
Salariée	12 (38.7%)	19 (61.3%)		22 (27.8%)	57 (72.2%)		34 (30.9%)	76 (69.1%)	
Fonctionnaire	3 (20%)	12 (80%)		11 (29.7%)	26 (70.3%)		14 (26.9%)	38 (73.1%)	
Chômage	1 (100%)	0 (0%)		0 (0%)	4 (100%)		1 (20%)	4 (80%)	
Sans emploi	10 (45.5%)	12 (54.5%)		18 (62.1%)	11 (37.9%)		28 (54.9%)	23 (45.1%)	
Retraitée	11 (19.6%)	45 (80.4%)		19 (16.2%)	98 (83.8%)		30 (17.3%)	143 (82.7%)	
Situation familiale									
Célibataire	8 (53.3%)	7 (46.7%)	0.0695	8 (25%)	24 (75%)	0.3468	16 (34%)	31 (66%)	0.0805
En couple	8 (33.3%)	16 (66.7%)		19 (37.3%)	32 (62.7%)		27 (36%)	48 (64%)	
Mariée	18 (25.4%)	53 (74.6%)		35 (25.2%)	104 (74.8%)		53 (25.2%)	157 (74.8%)	
Divorcée	1 (6.7%)	14 (93.3%)		8 (20%)	32 (80%)		9 (16.4%)	46 (83.6%)	
Veuve	2 (22.2%)	7 (77.8%)		2 (18.2%)	9 (81.8%)		4 (20%)	16 (80%)	
Structure familiale									
Sans enfant	2 (20%)	8 (80%)	0.093	8 (25.8%)	23 (74.2%)	0.9707	10 (24.4%)	31 (75.6%)	0.319
Parent	21 (38.2%)	34 (61.8%)		32 (27.1%)	86 (72.9%)		53 (30.6%)	120 (69.4%)	
Grand parent	14 (20.3%)	55 (79.7%)		32 (25.8%)	92 (74.2%)		46 (23.8%)	147 (76.2%)	
Garde des petits enfants	6 (16.2%)	31 (83.8%)	0.5901	12 (27.3%)	32 (72.7%)	0.9819	18 (22.2%)	63 (77.8%)	0.7827
Pas de garde des petits enfants	8 (24.2%)	25 (75.8%)		20 (25.3%)	59 (74.7%)		28 (25%)	84 (75%)	
Nombre d'heures par semaine	4.2 (sd=4.3)	7.4 (sd=4.8)	0.1259	9.5 (sd=5.1)	6.6 (sd=5.3)	0.2266	7.7 (sd=5.3)	7 (sd=5)	0.8253

3.2.2 Facteurs en lien avec les antécédents gynécologique (Table 7)

D'autre part, dans la population totale, les patientes présentant un antécédent familial de cancer gynécologique (notamment un cancer du sein) participent significativement plus au DOCS. Ce n'est pas le cas si nous observons les populations de l'Amandinois et du Denaisis de manière individuelle.

Nous pouvons voir également que pour la population du Grand Denain et la population totale, il y a significativement plus de participation au DOCS lorsque les patientes connaissent une personne atteinte du cancer du sein.

Table 7. Facteurs en lien avec les antécédents gynécologique en fonction de la participation au DOCS

Population	AMANDINOIS n = 134			DENAISIS n = 273			AMANDINOIS + DENAISIS n = 407		
Participation au DOCS	Non n= 37	Oui n= 97	p.value	Non n= 72	Oui n= 201	p.value	Non n= 109	Oui n= 298	p.value
Antécédents personnels									
ATCD personnel de cancer gynécologique	4 (33.3%)	8 (66.7%)	0.7364	5 (25%)	15 (75%)	1	9 (28.1%)	23 (71.9%)	1
Pas d'ATCD personnel de cancer gynécologique	33 (27%)	89 (73%)		67 (26.5%)	186 (73.5%)		100 (26.7%)	275 (73.3%)	
ATCD personnel de cancer de l'endomètre	0 (0%)	2 (100%)	0.5152	0 (0%)	1 (100%)	1	0 (0%)	3 (100%)	0.5409
ATCD personnel de cancer du col de l'utérus	4 (40%)	6 (60%)		5 (26.3%)	14 (73.7%)		9 (31%)	20 (69%)	
Antécédents familiaux									
ATCD familial de cancer gynécologique	10 (20.4%)	39 (79.6%)	0.2241	16 (18.4%)	71 (81.6%)	0.0575	26 (19.1%)	110 (80.9%)	0.0185
Pas d'ATCD familial de cancer gynécologique	27 (31.8%)	58 (68.2%)		56 (30.1%)	130 (69.9%)		83 (30.6%)	188 (69.4%)	
ATCD familial de cancer du sein	6 (15.4%)	33 (84.6%)	0.1806	12 (15.6%)	65 (84.4%)	0.0815	18 (15.5%)	98 (84.5%)	0.0236
Pas d'ATCD familial de cancer du sein	4 (40%)	6 (60%)		4 (40%)	6 (60%)		8 (40%)	12 (60%)	
ATCD familial de cancer du col de l'utérus	5 (55.6%)	4 (44.4%)	0.0111	3 (23.1%)	10 (76.9%)	0.6997	8 (36.4%)	14 (63.6%)	0.0511
Pas d'ATCD familial de cancer du col de l'utérus	5 (12.5%)	35 (87.5%)		13 (17.6%)	61 (82.4%)		18 (15.8%)	96 (84.2%)	

Population	AMANDINOIS n = 134			DENAISIS n = 273			AMANDINOIS + DENAISIS n = 407		
	Non n= 37	Oui n= 97	p.value	Non n= 72	Oui n= 201	p.value	Non n= 109	Oui n= 298	p.value
Participation au DOCS									
ATCD familial de cancer de l'endomètre	0 (0%)	4 (100%)	0.5687	2 (40%)	3 (60%)	0.2269	2 (22.2%)	7 (77.8%)	0.6817
Pas d'ATCD familial de cancer de l'endomètre	10 (22.2%)	35 (77.8%)		14 (17.1%)	68 (82.9%)		24 (18.9%)	103 (81.1%)	
Entourage									
Connait une personne atteinte cancer du sein	24 (23.1%)	80 (76.9%)	0.0506	44 (21.4%)	162 (78.6%)	0.0017	68 (21.9%)	242 (78.1%)	0.0001
Ne connait pas de personne atteinte cancer du sein	13 (43.3%)	17 (56.7%)		28 (41.8%)	39 (58.2%)		41 (42.3%)	56 (57.7%)	

3.2.3 Facteurs en lien avec le suivi gynécologique (Table 8)

Par ailleurs, les patientes ayant un suivi gynécologique régulier participent significativement plus au DOCS, quelle que soit la population étudiée. Cependant, la fréquence de ce suivi n'impacte pas la participation au DOCS.

Table 8. Facteurs en lien avec le suivi gynécologique en fonction de la participation au DOCS

Population	AMANDINOIS n = 134			DENAISIS n = 273			AMANDINOIS + DENAISIS n = 407		
	Non n= 37	Oui n= 97	p.value	Non n= 72	Oui n= 201	p.value	Non n= 109	Oui n= 298	p.value
Suivi gynécologique									
Suivi gynécologique régulier	19 (20.9%)	72 (79.1%)	0.0199	40 (20.1%)	159 (79.9%)	0.0002	59 (20.3%)	231 (79.7%)	<0.001
Absence de suivi gynécologique	18 (41.9%)	25 (58.1%)		32 (43.2%)	42 (56.8%)		50 (42.7%)	67 (57.3%)	
Consultation gynécologique 1 fois / an	14 (23.3%)	46 (76.7%)	0.7946	23 (18%)	105 (82%)	0.2589	37 (19.7%)	151 (80.3%)	0.6094
Consultation gynécologique 1 fois / 2-3 ans	3 (15%)	17 (85%)		12 (21.1%)	45 (78.9%)		15 (19.5%)	62 (80.5%)	
Consultation gynécologique 1 fois / 3-5 ans	2 (18.2%)	9 (81.8%)		5 (35.7%)	9 (64.3%)		7 (28%)	18 (72%)	

3.2.4 Facteurs en lien avec le médecin traitant (Table 9)

En outre, la relation avec le médecin traitant peut influencer la participation au DOCS. En effet, dans la population de l'Amandinois, les patientes qui ne se sentent pas à l'aise d'aborder avec leur médecin traitant le sujet du cancer du sein, participent significativement moins au DOCS. De même, dans la population du Denaisis ainsi que dans la population totale, nous observons que les patientes qui ne confieraient pas à leur médecin traitant la présence d'une anomalie au niveau du sein, participent également moins au DOCS.

Enfin, dans ces mêmes populations, nous constatons que les patientes qui consultent leur médecin traitant tous les 3 mois et tous les 12 mois participent davantage au DOCS tandis que celles qui consultent tous les mois et tous les 6 mois y participent moins.

Table 9. Facteurs en lien avec le médecin traitant en fonction de la participation au DOCS

Population	AMANDINOIS n = 134			DENAISIS n = 273			AMANDINOIS + DENAISIS n = 407		
	Non n= 37	Oui n= 97	p.value	Non n= 72	Oui n= 201	p.value	Non n= 109	Oui n= 298	p.value
Relation avec le médecin traitant (MT)									
A l'aise pour parler du cancer du sein avec son MT	30 (23.8%)	96 (76.2%)	0.0005	67 (26.6%)	185 (73.4%)	1	97 (25.7%)	281 (74.3%)	0.1043
Non à l'aise pour parler du cancer du sein avec son MT	7 (87.5%)	1 (12.5%)		5 (23.8%)	16 (76.2%)		12 (41.4%)	17 (58.6%)	
Parle à son MT d'une anomalie	33 (26.4%)	92 (73.6%)	0.2602	61 (24.3%)	190 (75.7%)	0.0178	94 (25%)	282 (75%)	0.0089
Ne parle pas à son MT d'une anomalie	4 (44.4%)	5 (55.6%)		11 (50%)	11 (50%)		15 (48.4%)	16 (51.6%)	
Fréquence de consultation chez le médecin traitant									
Tous les mois	10 (30.3%)	23 (69.7%)	0.3623	23 (41.1%)	33 (58.9%)	0.0005	33 (37.1%)	56 (62.9%)	0.0015
Tous les 2 mois	11 (42.3%)	15 (57.7%)		9 (23.7%)	29 (76.3%)		20 (31.2%)	44 (68.8%)	
Tous les 3 mois	11 (22.9%)	37 (77.1%)		19 (15.8%)	101 (84.2%)		30 (17.9%)	138 (82.1%)	
Tous les 6 mois	4 (19%)	17 (81%)		18 (45%)	22 (55%)		22 (36.1%)	39 (63.9%)	
Tous les 12mois	1 (16.7%)	5 (83.3%)		3 (15.8%)	16 (84.2%)		4 (16%)	21 (84%)	

4 Analyse des leviers potentiels

4.1 CPTS de l'Amandinois

Pour la CPTS de l'Amandinois, il y a eu 43 propositions apportées par les patientes pour améliorer la participation au DOCS. Nous pouvons regrouper ces réponses en différentes catégories. Celles-ci sont retranscrites dans le tableau suivant (Table 10). Apporter plus d'information (44,2%) et être relancées (37,2%) sont les idées les plus citées.

Table 10. Propositions apportées par les patientes de l'Amandinois pour améliorer la participation au DOCS

Améliorer l'information	
Communication (10)	Informations par la télévision (3)
	Informations par la publicité (3)
	Ateliers en pharmacie sur l'autopalpation et la mammographie (1)
	Ateliers de groupe avec différents médecins, gynécologues et sages-femmes (1)
	Ateliers avec informations et gestes à effectuer pour surveiller les seins (1)
	Atelier d'information dans les villes et villages (1)
Témoignage (1)	Réunions avec des femmes atteintes d'un cancer du sein (1)
Education / Prévention / Information (8)	Apporter plus d'information (3)
	Eduquer les jeunes dès la puberté (1)
	Poursuite des actions « Octobre rose » (1)
	Insister sur le but de la prévention et insister sur le nombre de vies sauvées (1)
	En parler (1)
	Bien expliquer le procédé de la mammographie en indiquant l'absence de douleur (1)
Relancer	
Relance personnalisée (11)	Envoi d'un courrier personnel de relance (9)
	Relance par le médecin traitant si pas de réponse au courrier reçu (1)
	SMS de rappel réguliers si absence de participation (1)
Rappel (5)	Relance/information à la médecine du travail (3)
	Incitation systématique par le médecin traitant, gynécologue ou sage-femme (2)

Modifier les paramètres du DOCS
Dépistage « à vie », non limité dans le temps (1)
Dépistage tous les ans (1)
Dépistage plus rapproché / plus fréquent (1)
Améliorer l'accessibilité au DOCS
Proposer un RDV systématique en centre d'imagerie à proximité tous les 2 ans (2)
Prise de rendez-vous plus rapide (1)
Réduire la distance de déplacement (1)
Autre
Consultations gynécologiques plus fréquentes (1)

4.2 CPTS du Denaisis

Pour la CPTS du Denaisis, il y a eu 39 propositions apportées par les patientes pour améliorer la participation au DOCS. Nous pouvons regrouper ces réponses en différentes catégories. Celles-ci sont retranscrites dans le tableau suivant (Table 11). Apporter plus d'information (56,4%) et être relancées (17,9%) sont les idées les plus citées.

Table 11. Propositions apportées par les patientes du Denaisis pour améliorer la participation au DOCS

Améliorer l'information	
Communication (8)	Informations par la télévision (3)
	Informations par la publicité (2)
	Recevoir des brochures avec des informations par courrier (2)
	Journées portes ouvertes à l'hôpital (1)
Education / Prévention / Information (14)	Prévention au collège/lycée (5)
	Information régulière du médecin traitant (2)
	Rassurer les patientes sur l'examen (2)
	Information et prévention chez les plus jeunes (1)
	Réunions avec des informations sur les conséquences du retard de dépistage (1)
	Plus de campagnes du type « Octobre rose » (1)
	Apporter plus d'information (1)
	Apporter plus d'information avec plus de chiffres sur le problème (1)
Relancer	
Relances personnalisées par courrier (3)	
Relances par SMS (2)	
Relancer les patientes si elles ne participent pas (2)	
Modifier les paramètres du DOCS	
Rendre le dépistage obligatoire (3)	
Dépistage chaque année (1)	
Dépistage plus régulier (1)	
Prolonger le dépistage après 74 ans (1)	
Mammographies réalisées par une femme (1)	
Améliorer l'accessibilité au DOCS	
Améliorer la proximité des centres de dépistage (2)	
Plus de disponibilité des praticiens (1)	

Discussion

1 Discussion autour des principaux résultats

Nous remarquons que dans notre étude, les deux populations étudiées sont homogènes. Cependant, si l'on se réfère à l'Indice de Développement Humain (IDH), nous remarquons une disparité entre Saint-Amand et Denain. L'IDH mesure le développement d'un territoire en intégrant 3 capacités essentielles au bien-être : la santé, le niveau d'éducation et le niveau de vie. Cela montre que les populations étudiées ne sont pas représentatives des populations cibles [19].

Le taux de participation au DOCS est supérieur à la moyenne nationale (47,7%) et départementale (47,3%) [11] :

- 72,4% pour l'Amandinois
- 73,6% pour le Denaisis

Ce taux élevé de participation peut avoir un impact négatif sur l'identification des freins dans notre étude.

Rappelons qu'il y a 11% des patientes de 50 à 74 ans qui se font dépister dans le cadre d'une démarche individuelle sans passer par le DOCS selon Santé Publique France [10]. Cela renforce l'idée que le cancer du sein est bien dépisté en présence de médecin généraliste.

Les raisons principales de la non-participation au DOCS évoquées par les patientes sont :

- L'oubli (45,9% et 31,9%)
- Le manque de temps (21,6% et 34,7%)
- Le manque d'information (21,6% et 25%)
- La peur des résultats (16,2% et 16,7%)
- La peur de l'examen (5,4% et 6,9%)

À travers la littérature, nous retrouvons des arguments similaires, comme le manque de connaissance ou de compréhension, la crainte des résultats ou de la procédure. À cela s'ajoute le défaut d'accès au dépistage, surtout pour les patientes en marge des systèmes de soins [20].

Une autre étude nous rappelle que certains facteurs d'ordre psychosocial représentent des obstacles au dépistage et qu'il est nécessaire d'aborder les patientes dans leur globalité pour ne pas manquer de freins potentiels [21].

Nous observons que les patientes de l'Amandinois se sentent significativement mieux informées que celles du Denaisis (7,6/10 contre 7,3/10).

De manière générale, un niveau d'information faible (de 6,2 à 6,6/10) est significativement relié à une absence de participation au DOCS. Après une campagne d'information efficace, on relève des scores d'évaluation entre 7,7 et 7,9/10.

Les principaux moyens de communication choisis par les patientes pour recevoir une information sont :

- Par le médecin traitant (environ 85%)
- Par les gynécologues ou les sages-femmes (environ 60%)
- Par courrier (environ 40%)
- Par la télévision (environ 25%)

Cela montre que la plupart des patientes préfèrent recevoir une information sur le DOCS par un professionnel de santé. Le médecin traitant joue un rôle central pour l'accès au DOCS. Une approche multi-canal semble pertinente.

Selon les données de la CPTS de l'Amandinois, environ 6% des patientes de plus de 17 ans sur ce territoire n'ont pas de médecin traitant.

D'après la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), l'accès aux praticiens devient de plus en plus difficile devant la croissance de la population alors que le nombre et l'activité moyenne des médecins généralistes tendent à diminuer [22]. Il est donc nécessaire d'adopter une approche complémentaire en incluant l'ensemble de la population et notamment les patientes à l'écart du système de santé afin d'optimiser la participation au DOCS.

Une consultation dédiée au cancer du sein et à son dépistage trouve sa place dans deux tiers des cas sans impact significatif sur l'accès au DOCS. Ce résultat fait écho avec le désir du ministère de la Santé et de la Prévention d'instaurer une consultation de prévention au trois âges clés de la vie (25, 45 et 65 ans) [23].

Les causes principales de non-participation au DOCS sont l'oubli et le manque de temps mais une information supplémentaire est souhaitée pour 81,4% des patientes de l'Amandinois et 74,3% des patientes du Denaisis. Les autres leviers évoqués sont la modification des paramètres du DOCS (avec un dépistage plus fréquent ou après 74 ans) et l'amélioration de son accessibilité.

Il existe en France une campagne d'information développée autour du cancer du sein au moment de « Octobre Rose », mais malgré cela, les patientes souhaitent davantage d'informations.

Même si l'objectif de cette campagne est de promouvoir le DOCS, lors de certaines manifestations, il laisse paraître que certains acteurs « privilégient l'animation à l'information », comme nous indique l'étude « octobre rose : entre santé publique et marketing social » [24]. On peut s'interroger sur la qualité de l'information transmise et les moyens de l'améliorer, afin de favoriser la participation au DOCS.

Selon les patientes, l'augmentation de l'information doit passer par une communication plus large notamment avec la création d'ateliers, une diffusion d'information plus fréquente et plus étendue (télévision, courriers, brochures, témoignages...), mais aussi une information faite chez les plus jeunes pour sensibiliser dès l'adolescence.

Ces données sont superposables aux éléments retrouvés dans une étude canadienne de 2022 qui montre l'impact positif des campagnes de promotion de la santé auprès des jeunes femmes de différents campus entre 2010 et 2015 où de multiples moyens de communication sont utilisés [25].

De plus, pour les patientes, des rappels plus fréquents pourraient les aider à participer davantage, avec notamment des courriers et SMS personnalisés, mais aussi des rappels systématiques des professionnels de santé (médecin traitant, gynécologue, sage-femme et par la médecine du travail).

D'après l'INCA, 28% des cancers du sein sont diagnostiqués après 69 ans [26]. Rappelons également que le taux de survie à 5 ans est estimé à 87% selon l'HAS [6]. Ce qui amène à s'interroger sur la pertinence d'une modification des paramètres du DOCS avec notamment une prolongation de celui-ci puisque l'évolution démographique amène à un vieillissement de la population.

D'après une étude du Nord de la France de 2015 étudiant l'implication des médecins généralistes dans le DOCS, il est proposé de réaliser une « liste par la structure gérant le DOCS qui identifierait les patientes n'ayant pas répondu à l'invitation du dépistage. Cette liste pourrait alors leur permettre d'interroger les patientes sur les raisons de leur refus » [27].

Dans notre étude, nous avons relevé de manière significative sur la population générale que :

- Les patientes ne participant pas au DOCS :
 - Sont plus jeunes (58,8 ans contre 61,6 ans)
 - Sont sans emploi
 - N'ont pas de suivi gynécologique régulier
 - Consomment du tabac
 - Sont timides ou moins à l'aise avec leur médecin traitant

- Les patientes participant au DOCS :
 - Ont un antécédent familial de cancer gynécologique
 - Ont un antécédent familial de cancer du sein
 - Connaissent une personne ayant présenté un cancer du sein

Ces données coïncident avec les éléments identifiés dans différentes études [28] [29].

Dans nos populations, la tranche d'âge participant le moins au DOCS est celle des 50-54 ans. Cependant, selon Santé Publique France, sur la période 2021-2022 en France, les tranches d'âge de 70 à 74 ans et 55 à 59 ans sont celles où la participation au DOCS est la plus faible [11].

A l'heure où l'utilisation des réseaux sociaux s'intensifie et sachant que la participation est différente en fonction des tranches d'âge, une information adaptée à tous est importante. Il ressort l'idée d'appliquer le social marketing pour optimiser l'impact de l'information afin de favoriser la modification des comportements [30].

2 Discussion autour de la méthode

Nous retrouvons principalement un biais de sélection. En effet, l'étude s'est uniquement tournée vers les patientes qui consultent leur médecin traitant. Par conséquent, les patientes isolées, ne consultant pas ou n'ayant pas de médecin traitant, n'ont pas été intégrées à l'étude.

De plus, nous pouvons donc nous interroger sur la représentativité des populations étudiées vis-à-vis de la population cible. En effet, dans notre étude, le taux de participation au DOCS est largement supérieur aux moyennes nationales et départementales. Cette différence a pu être provoquée ou majorée par ce biais.

D'autre part, l'ensemble des médecins généralistes présents sur les deux territoires n'ont pas été contactés afin de participer à cette recherche. Effectivement, seulement une partie des médecins généralistes adhérents aux CPTS ont participé à l'étude, ce qui a également pu impacter la représentativité des populations.

Par ailleurs, pour le recrutement des patientes, deux techniques ont été utilisées pour la CPTS de l'Amandinois, la distribution d'enveloppes préimprimées contenant les questionnaires et la distribution des questionnaires en cabinet, alors que pour la CPTS du Grand Denain, seulement la dernière technique a été appliquée.

De plus, pour les questionnaires distribués par enveloppes préimprimées, l'émargement des médecins étant repartis avec ces enveloppes aurait permis une relance et un retour des questionnaires plus optimal.

En outre, nous pouvons observer que beaucoup de patientes n'ont pas répondu aux questions ouvertes ou ont coché la case « autre » sans y apporter de précision. Ce manque de réponses peut être lié à la taille du questionnaire et au nombre de questions.

De plus, les questionnaires étant remplis avec l'aide du médecin traitant, les réponses des patientes ont pu ne pas être honnêtes, notamment pour les questions évaluant l'abord de l'intimité avec celui-ci.

3 Perspectives d'évolution

La participation au DOCS est satisfaisante pour les patientes ayant un médecin généraliste. Mais il apparaît pertinent d'identifier les freins et les leviers pour les patientes qui n'en ont pas et celles en marge du système de soin, surtout à l'heure où la désertification médicale s'intensifie. Un changement de paradigme apparaît donc nécessaire.

Il semble intéressant d'évaluer les motivations liées au dépistage individuel réalisé par plus de 10% des patientes.

Il est important de poursuivre les efforts d'information autour du DOCS auprès de la population générale en adaptant les moyens de communication pour en améliorer la participation. Emerge l'idée du social marketing avec une information plus personnalisée et ciblée.

Conclusion

Il semble évident que le rôle du médecin généraliste est abouti dans le dépistage du cancer du sein sur l'évaluation de nos populations. Des leviers sont à activer et des défis sont à relever. Une information basée vers les plus jeunes et adaptée à leurs médias semble une des clés. L'évolution de la démographie médicale souligne la nécessité d'un changement de paradigme.

Liste des tables

Table 1. Calcul de la population cible	11
Table 2. Description des populations.....	15
Table 3. Notes moyennes de l'information sur le DOCS	19
Table 4. Suivi gynécologique.....	22
Table 5. Facteurs généraux en fonction de la participation au DOCS, 1ere partie	25
Table 6. Facteurs généraux en fonction de la participation au DOCS, 2e partie	26
Table 7. Facteurs en lien avec les antécédents gynécologique en fonction de la participation au DOCS	28
Table 8. Facteurs en lien avec le suivi gynécologique en fonction de la participation au DOCS	29
Table 9. Facteurs en lien avec le médecin traitant en fonction de la participation au DOCS	30
Table 10. Propositions apportées par les patientes de l'Amandinois pour améliorer la participation au DOCS	31
Table 11. Propositions apportées par les patientes du Denaisis pour améliorer la participation au DOCS	33

Liste des figures

Figure 1. Evolution du taux national de participation au DOCS	8
Figure 2. Formules du calcul du nombre de sujet nécessaire	10
Figure 3. Fréquences des consultations chez le médecin traitant.....	18
Figure 4. Raisons pour lesquelles les patientes ne parleraient pas d'une anomalie au niveau du sein	19
Figure 5. Répartition des notes sur l'information du DOCS.....	20
Figure 6. Moyens de communication pour apporter une information sur le DOCS....	21
Figure 7. Souhait d'une consultation d'information sur le cancer du sein et son dépistage.....	21
Figure 8. Motifs de réalisation d'une mammographie	22
Figure 9. Taux de participation au DOCS	23
Figure 10. Raisons de la participation au DOCS	23
Figure 11. Raisons de la non-participation au DOCS	24

Références

- [1] Institut national du cancer. Panorama des cancers en France - édition 2023 - Ref : PANOKFR2023B. E-Cancerfr n.d. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Panorama-des-cancers-en-France-edition-2023> (accessed January 12, 2024).
- [2] Institut national du cancer. Incidence nationale des cancers en 2023 - Incidence et mortalité des cancers n.d. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Incidence-et-mortalite-des-cancers/Incidence-nationale-des-cancers-en-2023> (accessed January 12, 2024).
- [3] Question n°2323 - Assemblée nationale n.d. <https://questions.assemblee-nationale.fr/q16/16-2323QE.htm> (accessed November 21, 2023).
- [4] Sicsic J, Pelletier-Fleury N, Carretier J, Moumjid N. Préférences des femmes vis-à-vis du dépistage du cancer du sein. *Santé Publique* 2019;S2:7–17. <https://doi.org/10.3917/spub.197.0007>.
- [5] Løberg M, Lousdal ML, Bretthauer M, Kalager M. Benefits and harms of mammography screening. *Breast Cancer Res* 2015;17:63. <https://doi.org/10.1186/s13058-015-0525-z>.
- [6] Haute Autorité de Santé. La HAS actualise ses recommandations sur l'examen du dépistage organisé du cancer du sein. Haute Aut Santé n.d. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3421814/fr/la-has-actualise-ses-recommandations-sur-l-examen-du-depistage-organise-du-cancer-du-sein (accessed February 7, 2024).
- [7] Dépistage : objectif et conditions. Haute Aut Santé n.d. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2632453/fr/depistage-objectif-et-conditions (accessed February 7, 2024).
- [8] Seradour B. Programme français de dépistage du cancer du sein : maîtriser les évolutions indispensables. *Bull Cancer (Paris)* 2022;109:756–9. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2022.02.010>.
- [9] Institut national du cancer. Les cancers en France en 2018 - L'essentiel des faits et chiffres (édition 2019) - Ref : ETKAFR19. E-Cancerfr n.d. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Les-cancers-en-France-en-2018-L-essentiel-des-faits-et-chiffres-edition-2019> (accessed November 26, 2023).
- [10] Institut national du cancer. Le programme de dépistage organisé des cancers du sein - Dépistage du cancer du sein. E Cancer n.d. <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precocoe/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise> (accessed February 7, 2024).
- [11] Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2021-2022 et évolution depuis 2005. *Sante Publique Fr* n.d.

- <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2021-2022-et-evolution-depuis-2005> (accessed January 30, 2024).
- [12] Article L4130-1 - Code de la santé publique - Légifrance n.d. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031928438 (accessed April 4, 2024).
- [13] Rôle du médecin traitant et parcours de soins coordonnés n.d. <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes> (accessed April 4, 2024).
- [14] Médecin traitant et parcours de soins coordonnés n.d. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F163> (accessed April 4, 2024).
- [15] INSEE. Population au 1er janvier | Insee n.d. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5225246#tableau-figure1> (accessed December 20, 2023).
- [16] INSEE. Population par sexe et groupe d'âges | Insee n.d. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474> (accessed December 20, 2023).
- [17] Ministère de la Santé et de la Prévention. L'atlas des CPTS. Ministère Santé Prév 2023. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-communautés-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts/article/l-atlas-des-cpts> (accessed December 20, 2023).
- [18] Jouannin A, Lorenzo M. Recherche en santé et formalités réglementaires 2020 n.d. <https://enquetes-partenaires.univ-rennes.fr/index.php/17674> (accessed February 16, 2024).
- [19] De fortes disparités de développement humain au sein des Hauts-de-France. Hauts--Fr 2040 2023. <https://2040.hautsdefrance.fr/de-fortes-disparites-de-developpement-humain-au-sein-des-hauts-de-france/> (accessed May 13, 2024).
- [20] Berkhout C. obstacles et facteurs facilitant la participation aux dépistages de santé. Exercer 2022;187:409-11. ExercerFr n.d. https://www.exercer.fr/full_article/2097 (accessed May 13, 2024).
- [21] Vernet A, Henry F, Kipper M-C, Alcalay V, Boujassy É, Clère F. Prévention du cancer du sein et facteurs psychosociaux. J Psychol 2007;247:54–7. <https://doi.org/10.3917/jdp.247.0054>.
- [22] drees.solidarites-sante.gouv.fr. Accessibilité aux soins de premier recours : augmentation des inégalités d'accessibilité aux chirurgiens-dentistes et aux médecins généralistes en 2022 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques n.d. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/communique-de-presse/accessibilite-aux-soins-de-premier> (accessed May 13, 2024).
- [23] Des consultations médicales gratuites aux trois âges clés de la vie. info.gouv.fr n.d. <https://www.info.gouv.fr/actualite/des-consultations-medicales-gratuites-aux-trois-ages-cles-de-la-vie> (accessed May 13, 2024).
- [24] Ruccio B. Octobre Rose : entre santé publique et marketing social 2017:61.

- [25] Larsen L. « Une campagne efficace qui a su conscientiser les jeunes femmes au cancer du sein » : Résultats des campagnes de sensibilisation au cancer du sein auprès des jeunes Canadiennes. *Can Oncol Nurs J* 2022;32:68–74. <https://doi.org/10.5737/236880763216874>.
- [26] Institut national du cancer. Cancer du sein - Age. E Cancer n.d. <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Facteurs-de-risque/Age> (accessed May 14, 2024).
- [27] Hossein M. Implication des médecins généralistes dans le dépistage organisé du cancer du sein : résultats d'une enquête auprès de 856 médecins généralistes du Nord. Université Lille 2 Droit et Santé, 2015.
- [28] Assemblée nationale. N° 1678 - Rapport sur les résultats du dépistage du cancer du sein (rapporteur : M. Marc Bernier). *Assem-Natl* n.d. <https://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-off/i1678.asp> (accessed November 26, 2023).
- [29] Agogué N, Asselineau A, Gagnepain A, Hamdi A, Hériaud M, Lascassies-Tailhan L, et al. Inégalités territoriales et dépistage du cancer du sein 2018.
- [30] BARIL G, PAQUETTE M-C. L'efficacité du marketing social en promotion des saines habitudes de vie | INSPQ. *Inst Natl Santé Publique Qué* 2016. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2141> (accessed May 13, 2024).

Annexe 1

Quels sont les freins à la participation au dépistage organisé du cancer du sein ?

Pouvez-vous m'aider à trouver une solution pour nos patientes de 50 à 74 ans ?

Questionnaire

1. Etes-vous :
 Parent Grand parent Sans enfant

2. Combien de fois par an consultez-vous votre médecin généraliste ?
 tous les mois tous les 2 mois tous les 3 mois tous les 6 mois tous les 12mois

3. Avez-vous un ou des antécédents personnels de cancers gynécologiques ?
 oui non
Si oui, lequel/lesquels ? cancer du sein cancer du col cancer de l'endomètre

4. Avez-vous un ou des antécédents familiaux (mère, sœur, grand-mère, tante) de cancers gynécologiques ?
 oui non
Si oui, lequel//lesquels ? cancer du sein cancer du col cancer de l'endomètre

5. Connaissez-vous une personne atteinte / qui a été atteinte d'un cancer du sein ?
 oui non

6. Avez- vous un suivi gynécologique régulier ?
 oui non
Si oui, avec qui ? médecin traitant gynécologue/sage-femme
À quelle fréquence ? 1 fois / an 1 fois / 2-3ans 1 fois / 3-5 ans

7. Abordez-vous facilement un problème touchant votre intimité avec votre médecin traitant ?
 oui non
Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

8. Le fait que votre médecin soit un homme ou une femme a-t-il un impact sur votre discussion autour de l'intimité ?
 oui non

9. Vous sentez vous à l'aise de parler du cancer du sein avec votre médecin traitant ?
 oui non

10. Si vous présentez une anomalie au niveau du sein (rougeur, masse, déformation cutanée...), en parlerez-vous à votre médecin traitant ?
 oui non
Si non, pourquoi ? Pas à l'aise avec votre médecin traitant
 Votre médecin traitant est un homme et cela vous gêne
 Vous préférez en parler au gynécologue/sage-femme
 Vous avez peur de ce qu'il peut en découdre
 Autre :

11. Avez-vous déjà réalisé une mammographie / échographie mammaire ?
 oui non
 Si oui, pour quelle raison ? Dépistage organisé
 Antécédents familiaux
 Présence de symptômes/découverte d'une masse
 Ne sait pas
 Autre :
12. Pouvez-vous évaluer votre niveau d'information sur le dépistage organisé du cancer du sein sur une échelle de 0-10 ?
13. Quel serait pour vous le moyen de communication préférable pour être informée ?
 (Plusieurs choix possible)
- | | | | |
|---|-------------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Médecin traitant | <input type="checkbox"/> Télévision | <input type="checkbox"/> Réunion de quartier | <input type="checkbox"/> Tiktok |
| <input type="checkbox"/> Gynécologue/Sage-femme | <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Facebook | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Courrier | <input type="checkbox"/> SMS | <input type="checkbox"/> Instagram | |
14. Participez-vous au dépistage organisé du cancer du sein ?
 oui non
 > si oui, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)
 Invitation dépistage de masse
 Information de votre médecin/gynécologue/sage-femme
 Incitation familiale
 choix personnel
 autre :

 > si non, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)
 L'accès au centre de dépistage est difficile (éloignement, absence de locomotion)
 L'examen vous effraie (douleur, examen inconnu, ...)
 Les résultats vous effraient
 Vous manquez d'information sur ce dépistage
 Vous manquez de temps pour participer au dépistage
 Vous ne pensez pas à réaliser le dépistage
 Vous vous sentez mal informée
 Autre :
15. Selon vous, comment pouvons-nous vous aider à participer davantage au dépistage organisé du cancer du sein ? citer 1 à 2 propositions
16. Vous semble-t-il intéressant de réaliser une consultation dédiée à l'information du cancer du sein et de son dépistage avec votre médecin traitant ?
 oui non
17. Quel âge avez-vous ?
18. Quel est votre niveau d'étude ?
 collège lycée BAC +1/2 BAC +3 BAC +5 et plus
19. Quelle est votre profession ?
 indépendante salariée fonctionnaire agricultrice chômage sans emploi retraitée

20. Quelle est votre situation familiale ?
 célibataire couple mariée divorcée autre

21. Avez-vous des enfants ?
 oui non
Si oui, combien ?

22. Êtes-vous impliqué dans la garde de vos petits-enfants ?
 oui non
Si oui, combien d'heures / semaine ?

23. Fumez-vous ?
 oui non
Si oui, combien de cigarette / jour ?

24. Quel est votre poids ?

25. Quelle est votre taille ?

Cette étude est réalisée dans le cadre de ma thèse de doctorat en médecine générale. Elle a lieu en collaboration avec la CPTS de l'Amandinois, présidée par le Dr HARO Anthony, ainsi que la CPTS Grand Denain, présidée par le Dr MBOCK Gilbert. L'étude a pour but d'identifier les freins à la participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans sur ces deux populations afin de mettre en place des leviers pour favoriser le dépistage.

Merci pour votre participation !

RAMA Valentin

Annexe 2

Bonjour,

Je m'appelle Valentin RAMA, je suis médecin remplaçant et je réalise ma thèse sur **l'identification des freins à la participation au dépistage organisé du cancer du sein**.

Cette étude est réalisée en collaboration avec la CPTS de l'Amandinois, présidée par le Dr HARO Anthony, ainsi que la CPTS Grand Denain, présidée par le Dr MBOCK Gilbert, afin de comparer les deux populations.

Seriez-vous d'accord pour m'aider à réaliser cette étude ?

Pour cela, voici des questionnaires à destination des femmes de 50 à 74 ans, qu'elles participent ou non au dépistage et qui ne présentent pas d'antécédent personnel de cancer du sein.

Ces questionnaires seront à remplir avec votre aide lors d'une consultation. Dans l'idéal, j'aimerais récupérer les questionnaires dans 3 à 4 semaines selon le nombre de questionnaires remplis.

J'ai besoin de vous pour accomplir ce projet et je vous remercie pour le temps accordé.

Valentin RAMA

Etude sur les freins au dépistage organisé du
cancer du sein

Questionnaire anonyme destiné aux femmes de
50 à 74 ans

Aidez nous à améliorer la prise en charge du
cancer du sein



Annexe 3

AUTEUR : Nom : RAMA Prénom : Valentin

Date de Soutenance : 19/06/2024

Titre de la Thèse : Identification des freins et leviers à la participation au dépistage organisé du cancer du sein : étude chez les femmes de 50 à 74 ans en cabinet de médecine générale dans l'Amandinois et le Denaisis.

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST ou option : Médecine Générale

Mots-clés : freins – leviers – dépistage – cancer du sein

Résumé :

Contexte : Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent et la deuxième cause de décès par cancer en France. Le dépistage précoce permet de diminuer la mortalité. C'est pourquoi, la France a mis en place un dépistage organisé pour le cancer du sein. Mais les objectifs de participation de ce dépistage ne sont pas atteints. L'objectif de l'étude est d'identifier les freins (et les éventuels leviers) afin d'améliorer la participation à ce dépistage.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive transversale et multicentrique, incluant les patientes de 50 à 74 ans consultant leur médecin traitant, se déroulant dans l'Amandinois et le Denaisis.

Résultats : 134 questionnaires pour l'Amandinois et 273 questionnaires pour le Denaisis ont été analysés. Le taux de participation au DOCS est respectivement de 72,4% et 73,6%. Les raisons de la non-participation évoquées par les patientes sont l'oubli (45,9% et 31,9%), le manque de temps (21,6% et 34,7%) et le manque d'information (21,6% et 25%). Pour améliorer leur participation, les patientes souhaitent recevoir plus d'information, notamment de la part de leur médecin traitant, mais aussi par d'autres moyens de communication. Il semble également important pour elles de mettre en place des rappels réguliers.

Conclusion : Le rôle du médecin généraliste étant abouti dans le DOCS, des leviers sont à activer et des défis à relever pour en améliorer la participation, tandis que l'évolution de la démographie médicale souligne la nécessité d'un changement de paradigme.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur CHAZARD Emmanuel

Assesseurs : Monsieur le Docteur CALAFIORE Matthieu
Monsieur le Docteur MBOCK Gilbert

Directeur : Monsieur le Docteur HARO Anthony