



#### Rapport final de recherche

# Mobiliser les médecins traitants franciliens pour réduire les inégalités de prévention et de dépistage.

#### 14 juin 2010

Recherche initiée et pilotée par le Département de Médecine Générale de la Faculté de médecine Paris Descartes, réalisée en partenariat avec la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste et le concours du Département de Médecine Générale de la Faculté de médecine Pierre et Marie Curie.

Recherche financée par le Groupement Régional de Santé Publique d'Île de France (GRPSP IDF) et le Conseil Régional d'Île de France, dans le cadre des objectifs 1 et 2 du plan régional de santé publique (PRSP) : Promouvoir le dépistage des cancers féminins (cancer du sein et du col de l'utérus), et du cancer du colon en particulier vis à vis des populations à l'écart du dépistage (défavorisées ou vulnérables) en améliorant l'implication des médecins généralistes.

Contact scientifique : Laurent Rigal, Hector Falcoff - Université Paris Descartes, Faculté de médecine,

Département de médecine générale

24 Rue du Faubourg St Jacques - 75014 Paris - 2 01 44 41 23 61 - 昌 01 44 41 23 64

Rapport édité par : Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG)

233 Bis Rue de Tolbiac - 75013 Paris - 2 01 45 81 09 63 - 昌 01 45 81 09 81

#### Contributions et remerciements

\*\*\*\*

Cette recherche a été initiée et pilotée par un groupe de médecins généralistes enseignants du **Département de médecine générale de la Faculté de médecine Paris Descartes**: Jean Brami, Annie Catu, Laurent Delesalle, Hector Falcoff, Madeleine Favre, Christian Ghasarossian, Serge Gilberg, Philippe Jaury, Alain Lorenzo, Frédérique Noël, Henri Partouche, Jean-Marc Pinot, Laurent Rigal, Philippe Van Es.

Marie-France d'Acremont (**Groupement Régional de Santé Publique d'Île de France**) et Françoise Marchand Buttin (**ADECA 75**) ont participé régulièrement aux réunions du groupe.

\*\*\*\*

Les objectifs et les méthodes de ce travail s'inscrivent dans la continuité d'une recherche menée entre 2003 et 2008 dans l'Unité INSERM 149 par Patrick Florès, Hector Falcoff, Virginie Ringa, Marie-Jo Saurel-Cubizolles et Laurent Rigal.

\*\*\*\*

La coordination de la recherche a été assurée par Hector Falcoff, Madeleine Favre et Laurent Rigal. L'analyse statistique des données quantitatives a été réalisée par Laurent Rigal. L'analyse qualitative a été réalisée par Hector Falcoff et Madeleine Favre. Le rapport a été rédigé par Laurent Rigal et Hector Falcoff.

\*\*\*\*

La **Société de Formation Thérapeutique du Généraliste** (SFTG)\* a assuré la logistique de l'étude et la gestion du budget, sous la direction de Mme Sylvie Caumel.

<sup>\*</sup>Plusieurs contributeurs dont Madeleine Favre et Hector Falcoff ont une double affiliation : DMG Paris Descartes et SFTG.

Cette étude n'aurait pas vu le jour sans l'investissement des médecins généralistes maîtres de stage et des internes. Nous les remercions de leur participation.

Maîtres de stage de Paris Descartes: Laurent ARDITTI, Laurence BENBASSAT, Jean-Michel BENOIT, Christian BIHOREL, Loïc BOHU, Christine BOTTE, Jean BRAMI, Martin BUISSON, Nathalie CARON, Annie CATU-PINAULT, Paul CLEMENT, Valérie DOUILLARD, Isabelle DUPIE, Hector FALCOFF, Madeleine FAVRE, Christian GHASAROSSIAN, Gilbert GROSSMANN, Monique HORWITZ, Pierre LAMACHE, Marie-Pierre LANG, Anne LAPENNE, Jean-Loup LEMOINE, Olivier LEPRISE, Henri PARTOUCHE, Hervé PERETOUT, Michèle RICHEMOND, Patrick RUSSO, Jean-Claude SCHWARTZ, Alain SIMAVONIAN, Robert SOURZAC, Danielle TORCHIN, Jean-Luc VERJANS, Emmanuel HEAU, Christian MIODOVSKI, Ariane SCIALOM, Jean-Jacques BOURCART, Annie-Claire DEYON AVANTURIER, Claude GRILLIOT, Dominique LAOUENAN, Véronique LE ROY, Jean-Pierre LHOMME, Michel MARES, MONCHICOURT. Dominique Geneviève RICHARD. Guislain RUELLAND. Gilles VALIN.

Maîtres de stage de Paris Pierre et Marie Curie: Philippe CORNET, Isabelle CRETENET, Antoine de BECO, Isabelle de BECO, Ghislaine HENRY, Anne-Marie MAGNIER.

#### Internes en DES de médecine générale :

Frédéric RENAILLER, Mariette AUSSEDAT, Sophie TARDIVET REQUILLART, MAHDAOUI, Gaëlle ACHARD, Mouna Céline BERTHIÈ-PAGLIANO, Thomas CHIOMENTO, Ludivine MUZART, Fadia MATTA, Clémence BOURGOIS, Vanessa CHARLES, Anne FORQUENOT DE LA FORTELLE, Danielle REUTER, Sophie SEANG, Michèle DICKO, Nathalie LENGIGNON, Marie SCIUS, Juliette VICO-CHARMETANT, Hélène GRAS, Camille LOISEAU-BRETON, Géraldine DELORME, Julie THONGSAVANE, Romain BEAUFORT, Clarisse MAYER-LEVY, Anne CHARPENTIER. Eloise TRABATTONI, Jeanne GISPERT. MESTOUDJIAN, Elisabeth HARRAR, Morgan GENDRON, Géraldine OURGHANLIAN, Anne-Laure VETILLARD, Pei XU, Perrine THENAULT, Carole CHAZAUD, Camille CHARPENTIER GALY-DEJEAN, Sabina FAJAL, Marie MALEYSSON, Sabine AMMAR, Sabine DUPUY-DEKYVERE.

\*\*\*\*

Les auteurs du rapport remercient Mlle Alice Thomas de la SFTG, qui en a assuré l'édition.

# **TABLE DES MATIERES**

# PREMIERE PARTIE : ENQUETE D'OBSERVATION

CONTRIBUTIONS ET REMERCIEMENTS	2
1 - INTRODUCTION	9
2 - OBJECTIF	10
3 - METHODE	10
3.1 POPULATIONS	10
3.1.1 Les médecins	
3.1.2 Les patients	
3.2 - ORGANISATION DU RECUEIL ET DONNEES RECUEILLIES	
3.2.1 Organisation du recueil	
3.2.2 Caractéristiques du médecin et de son cabinet	11
3.2.3 Caractéristiques médicales des patients	12
3.2.4 Caractéristiques sociales des patientes	
3.3 DEROULEMENT DE L'ENQUETE	
3.4 ASPECTS REGLEMENTAIRES	
3.5 Analyse	13
4. RESULTATS	16
4.1 DESCRIPTION DES POPULATIONS	16
4.1.1 Description des médecins ayant participé à l'étude (tableau 1)	16
4.1.2 Description des patients (tableaux 2 à 9)	
4.2 Analyse du statut des patients	
4.2.1 Caractéristiques des sujets associées au tabagisme	
4.2.2 Caractéristiques des sujets associées à une consommation à risque d'alcool	
4.2.3 Caractéristiques des femmes associées à un dépistage à jour du cancer du col de l'utérus	
4.2.4 Caractéristiques des femmes associées à un dépistage à jour du cancer du sein	
4.2.5 Caractéristiques des patients (hommes et femmes) associées à un dépistage à jour du cancer c	
4.3 Analyse du renseignement du statut dans le dossier	
4.3.1 Renseignement du tabagisme dans le dossier	
4.3.2 Renseignement de la consommation d'alcool dans le dossier	22
4.3.3 Renseignement d'une date de frottis dans le dossier	
4.3.4 Renseignement d'une date de mammographie dans le dossier	
4.3.5 Renseignement d'une date d'Hémoccult dans le dossier	
5 - DISCUSSION	24
5.1 RAPPEL DES PRINCIPAUX RESULTATS	24
5.1.1 Concernant le dépistage des cancers	
5.1.2 Concernant le tabagisme et la consommation à risque d'alcool	
5.2 AVANTAGES ET LIMITES	
5.2.1. Avantages	26
5.2.2. Limites	
5.3 PERSPECTIVES EN TERMES D'ANALYSE	27
6 - CONCLUSION	27
7 - VALORISATION	28
7.1 COMMUNICATIONS ORALES ET POSTERS	28
7.2 THESES D'EXERCICE DE MEDECINE	
8 - BIBLIOGRAPHIE	30

- ANNEXES	33
9.1 – Tableaux statistiques	33
1 - DESCRIPTION DES MEDECINS AYANT PARTICIPE A L'ETUDE	
2 – DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON DE SUJETS (HOMMES ET FEMMES) INCLUS DANS L'ETUDE	3 <i>6</i>
3 - DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON D'HOMMES INCLUS DANS L'ETUDE	
4 - DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON DE FEMMES INCLUSES DANS L'ETUDE	
5 - DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON DE FEMMES ELIGIBLES POUR LE DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'U	
6 - DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON DE FEMMES ELIGIBLES POUR LE DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN	
7 - DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON DE SUJETS (HOMMES ET FEMMES) ELIGIBLES POUR LE DEPISTAGE DU CA	
COLORECTAL	
8 - DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON D'HOMMES ELIGIBLES POUR LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL	
9 - DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON DE FEMMES ELIGIBLE POUR LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL	
10 - Analyse des Caracteristiques des sujets (hommes et femmes) associees au tabagisme	
11 - ANALYSE DES CARACTERISTIQUES DES HOMMES ASSOCIEES AU TABAGISME	
12 - ANALYSE DES CARACTERISTIQUES DES FEMMES ASSOCIEES AU TABAGISME	
13 - ANALYSE DES CARACTERISTIQUES DES SUJETS (HOMMES ET FEMMES) ASSOCIEES A UNE CONSOMMATION D'ALCOOL A RISQUE	
14 - ANALYSE DES CARACTERISTIQUES DES HOMMES ASSOCIEES A UNE CONSOMMATION D'ALCOOL A RISQUI	
15 - ANALYSE DES CARACTERISTIQUES DES FEMMES ASSOCIEES A UNE CONSOMMATION D'ALCOOL A RISQUE	
16 - ANALYSE DES CARACTERISTIQUES DES FEMMES ASSOCIEES A UN DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'U	
A JOUR	50
17 - ANALYSE DES CARACTERISTIQUES DES FEMMES ASSOCIEES A UN DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN A JOUF	₹51
18 - ANALYSE DES CARACTERISTIQUES DES SUJETS (HOMMES ET FEMMES) ASSOCIEES A UN DEPISTAGE DU CA	ANCER
COLORECTAL A JOUR	52
19 - ANALYSE DES CARACTERISTIQUES DES SUJETS (HOMMES ET FEMMES) ASSOCIEES A UN DOSSIER NON	
RENSEIGNE POUR LE STATUT TABAGIQUE	
20 - ANALYSE DES CARACTERISTIQUES DES HOMMES ASSOCIEES A UN DOSSIER NON RENSEIGNE POUR LE STA	TUT
TABAGIQUE	
21 - ANALYSE DES CARACTERISTIQUES DES FEMMES ASSOCIEES A UN DOSSIER NON RENSEIGNE POUR LE STA	
TABAGIQUE	55
22 - ANALYSE DES CARACTERISTIQUES DES SUJETS (HOMMES ET FEMMES) ASSOCIEES A UN DOSSIER NON	
RENSEIGNE POUR LE RISQUE ALCOOL	56
23 - ANALYSE DES CARACTERISTIQUES DES HOMMES ASSOCIEES A UN DOSSIER NON RENSEIGNE POUR LE RISC	
ALCOOL	
24 - Analyse des caracteristiques des femmes associees a un dossier non renseigne pour le risc	
ALCOOL	
25 - ANALYSE DES CARACTERISTIQUES DES FEMMES ASSOCIEES A UN DOSSIER NON RENSEIGNE POUR LE DEP	
DU CANCER DU COL DE L'UTERUS	59
26 - ANALYSE DES CARACTERISTIQUES DES FEMMES ASSOCIEES A UN DOSSIER NON RENSEIGNE POUR LE DEP DU CANCER DU SEIN	
27 - ANALYSE DES CARACTERISTIQUES DES SUJETS (HOMMES ET FEMMES) ASSOCIEES A UN DOSSIER NON	00
RENSEIGNE POUR LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL	61
28 – TABAGISME DES HOMMES - ANALYSE MULTIVARIEE (N=985)	
29 – TABAGISME DES FIOMMES - ANALYSE MULTIVARIEE (N=1064)	
30 – TABAGISME DES HOMMES RENSEIGNE DANS LE DOSSIER - ANALYSE MULTIVARIEE (N=1185)	
31 – TABAGISME DES FEMMES RENSEIGNE DANS LE DOSSIER - ANALYSE MULTIVARIEE (N=)	
32 – CONSOMMATION A RISQUE D'ALCOOL CHEZ LES HOMMES - ANALYSE MULTIVARIEE (N=1051)	
33 – CONSOMMATION A RISQUE D'ALCOOL CHEZ LES FEMMES - ANALYSE MULTIVARIEE (N=1348)	
34 – CONSOMMATION A RISQUE D'ALCOOL DES HOMMES RENSEIGNEE DANS LE DOSSIER - ANALYSE MULTIV.	
(N=1126)	
35 – CONSOMMATION A RISQUE D'ALCOOL DES FEMMES RENSEIGNEE DANS LE DOSSIER - ANALYSE MULTIVA	
(N=1233)	
36 – Depistage du cancer du col uterin a jour - Analyse multivariee (n=832)	
37 – DOSSIER RENSEIGNE POUR LE DEPISTAGE DU CANCER DU COL - ANALYSE MULTIVARIEE (N=970)	
38 – DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN A JOUR - ANALYSE MULTIVARIEE (N=591)	
39 – Dossier renseigne pour le depistage du cancer du sein - Analyse multivariee (n=658)	
40 – DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL A JOUR - ANALYSE MULTIVARIEE (N=1169)	
41 – DOSSIER RENSEIGNE POUR LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL - ANALYSE MULTIVARIEE (N=1318)	
	_
9.2 - RESULTATS PROVISOIRES PRESENTES AUX MEDECINS PARTICIPANTS A L'AUTOMNE 2009	76

# **DEUXIEME PARTIE : ETUDE QUALITATIVE**

1 - INTRODUCTION	93
2 - OBJECTIF	93
3 - METHODE	93
4 - RESULTATS	94
4.1 - LES INTERROGATIONS SOULEVEES PAR L'ENQUETE	
4.1.1 - Questionner sa pratique	
4.1.2 - Quelle stratégie pour intégrer la prévention dans la pratique quotidienne	
4.1.3 – Que faut-il noter dans les dossiers ?	
4.2 - LES OBSTACLES A LA PREVENTION	
4.2.1 - L'argent et le temps	
4.2.2 - Différences sociales dans la manière de consulter	
4.2.3 - Le dégoût, la pudeur, la crainte d'avoir mal	
4.2.4 - La responsabilité du patient	
4.2.5 - La responsabilité du médecin	
4.2.6 - La motivation	
4.2.7 - Dossier médical : outil logiciel inadapté	
4.2.8 – Les « demandes concurrentielles» et les « maladies écrans »	
4.2.9 – Manque de compétence pour réaliser ou interpréter les frottis	
4.2.10 - L'impact des controverses scientifiques sur les pratiques	
4.2.11 – Le caractère intrusif du dépistage des cancers	
4.2.12 - Place du médecin généraliste par rapport aux autres intervenants. Qui fait quoi	
4.2.13 - Concurrence du DI, coût de la suite du dépistage4.2.14 - Démarche de santé publique, démarche centrée sur le patient	
4.3 - Pistes d'Amelioration	
4.3.1 - Logiciels, alarmes, tableaux de bord	
4.3.2 - Outils destinés à « activer » les patients : questionnaires, carnet de santé, docume	
4.5.2 - Outils destines a « activer » les patients : questionnaires, carnei de sante, docume	
4.3.3 - Audit à distance pour évaluer l'impact de l'enquête	
4.3.4 - Réorganiser les consultations	
4.3.5 - Délégation des tâches	
4.3.6 - Intégrer les MG au dépistage organisé. Pouvoir «prescrire les dépistages »	
4.3.7 - Incitation « d'en haut », bilans de santé, liste des patients non à jour envoyée par	
4.3.8 - Education du patient	
4.3.9 - Caractériser la position sociale des patients	
4.3.10 - Formation	
4.3.11 - Trucs et astuces	
5 - DISCUSSION	
5.1 - SYNTHESE DES RESULTATS	
5.1.1 - Obstacles	
5.1.2 - Pistes d'amélioration	
5.1.2 - Pistes a ametioration	
5.3 - LIMITES DE L'ETUDE	
6 - CONCLUSION	122

Nous avons conduit deux études successives. Tout d'abord une enquête transversale d'observation a inclus des médecins généralistes maîtres de stage et un échantillon de leurs patients, avec pour objectif l'évaluation de la qualité des pratiques préventives dans des domaines précis. Dans un deuxième temps les médecins ont participé à une étude qualitative sous forme de focus groupes, dans l'objectif d'analyser les obstacles à la prévention et de rechercher des pistes d'amélioration.

Ce rapport comprend deux parties correspondant à ces deux études successives.

# PREMIERE PARTIE ENQUETE D'OBSERVATION

#### 1 - Introduction

En France, l'offre de soins en médecine générale est organisée selon le modèle de la réponse à la demande et du paiement à l'acte. Cette organisation, pour peu qu'elle permette l'accès aux soins de tous, est adaptée aux prises en charge des affections aiguës. Cependant les médecins généralistes doivent également assurer des missions de prévention et de dépistage. Dans ce contexte pas forcément favorable [Franc, 2004], les pratiques préventives relèvent en fait du « bon vouloir » des médecins et sont partiellement déficientes [Jourdain-Menninger, 2003]. Divers obstacles s'opposent à la mise en œuvre de ces activités qui contribuent probablement à générer d'une part de faibles taux de couverture et d'autre part des gradients sociaux dans la distribution des soins préventifs.

Aujourd'hui, le dispositif du médecin traitant<sup>1</sup> établit pour chaque médecin généraliste une liste de patients, lui donnant la possibilité de se positionner en tant que responsable d'une population à laquelle il s'agit d'offrir un service optimal en termes de santé. Ce service devrait inclure les actes de prévention et de dépistage ayant prouvé leur capacité à réduire la mortalité, ou à améliorer l'état de santé.

Les médecins généralistes maîtres de stage sont a priori dans une position favorable pour innover dans l'organisation de leur activité. D'une part, ils y sont incités par leur Département de médecine générale, qui s'emploie à valoriser un modèle professionnel en adéquation avec les missions de la médecine générale. D'autre part, ils bénéficient de la collaboration des internes qui constituent au quotidien une « force de travail » complémentaire au cabinet.

\_

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> La loi du 13 août 2004 incite financièrement les assurés sociaux de plus de 16 ans à choisir un « médecin traitant ». En juin 2006, d'après la CNAMTS, 77 % des Français en avaient choisi un, qui était presque dans les cas un médecin généraliste. Cette loi a diminué le remboursement des personnes consultant un spécialiste sans être adressées par leur médecin traitant. Cependant, l'accès au gynécologue pour l'examen clinique périodique, comprenant les actes de dépistage, fait exception à cette règle.

## 2 - Objectif

Notre objectif était d'évaluer la qualité des principaux soins préventifs qui devraient être dispensés en soins primaires. Les pratiques préventives que nous avons retenues sont liées à la mortalité, ont fait la preuve de leur efficacité, sont l'objet de recommandations peu contestées et concernent une part importante de la population.

Les pratiques préventives suivantes ont donc été analysées en fonction d'un référentiel basé sur les recommandations françaises et européennes [Advisory Committee on Cancer Prevention 2000] disponibles :

- dépistage du cancer du sein [HAS 1999], du col utérin [ANDEM 1995, FGOLF 1990, ANAE 2002] et colorectal [Hewitson, 2007];
- repérage du tabagisme [HAS 2007] et de la consommation à risque d'alcool [SFA 2001].

Il s'agissait en particulier d'étudier les facteurs liés à la qualité des soins sous l'angle des inégalités sociales [Leclerc, 2008 ; Whitehead 1990].

#### 3 – Méthode

Nous avons réalisé une enquête transversale auprès d'un échantillon aléatoire de patients issus des patientèles de généralistes maîtres de stage.

#### 3.1 Populations

#### 3.1.1 Les médecins

Les médecins généralistes, maîtres de stage des facultés de médecine Paris Descartes et Pierre et Marie Curie, ont été sollicités et ont participé à l'étude sur la base du volontariat. Ces médecins accueillent des internes en diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale pour des stages de 6 mois.

#### 3.1.2 Les patients

#### Critères d'inclusion

Pour chaque médecin, un échantillon de 35 hommes et de 35 femmes, âgés de 40 à 74, ans a été tiré au sort à partir de sa « liste médecin traitant ». Cette liste, mise à jour mensuellement, était accessible au praticien sur le site de l'Assurance Maladie, ameli.fr.

#### Critères d'exclusion

Il n'y avait pas de critères d'exclusion préétablis. Les patients en fin de vie ou ceux atteints d'une pathologie psychiatrique ne permettant pas de participer à l'enquête pouvaient éventuellement être exclus par les médecins s'ils le jugeaient nécessaire. Le motif d'exclusion devait être systématiquement renseigné.

## 3.2 - Organisation du recueil et données recueillies

#### 3.2.1 Organisation du recueil

Les données ont été recueillies par questionnaires auprès des médecins et de leurs patients.

Pour chaque patient, deux types de données ont été collectés :

- des données médicales : recueillies de façon bilatérale et symétrique, auprès des patients (questionnaire patient) et auprès des maîtres de stage (questionnaire dossier) ;
- des données sociales : quasi exclusivement demandées au patient.

Chaque patient a reçu un *questionnaire patient* par voie postale. Il était adressé par son médecin traitant avec une lettre d'information l'invitant à participer et un formulaire de recueil du consentement écrit. Le questionnaire et le consentement complétés devaient être renvoyés au médecin par le patient. Le médecin pouvait à cette occasion prendre connaissance des réponses du patient.

Pour chaque patient, un *questionnaire dossier* a été renseigné par l'interne en stage, à partir des informations contenues dans le dossier médical. Le maître de stage pouvait ensuite valider et au besoin compléter les réponses.

Pour finir, le médecin adressait les deux questionnaires anonymes au centre de gestion de l'enquête.

Par ailleurs chaque médecin a rempli un auto-questionnaire (questionnaire médecin) visant à le caractériser lui et son cabinet.

#### 3.2.2 Caractéristiques du médecin et de son cabinet

Les questions du questionnaire médecin portaient sur les domaines suivants :

- Caractéristiques sociodémographiques du médecin : sexe, date de naissance (mois et année), profession du père (ou du chef de famille) dans l'enfance ;
- Formation médicale : initiale (année d'obtention de la thèse), continue (participation à des FMC sur les thèmes préventifs de l'étude), participation à des enquêtes (hors industrie pharmaceutique) sur les thèmes préventifs de l'étude ;
- Activité
  - Ancienneté d'exercice ;
  - Activités annexes au cabinet
- cliniques : exercice en protection maternelle et infantile (PMI), planning familial, maison de retraite, dispensaire, consultations hospitalières, centre d'addictologie ou de toxicomanie ou autres, à préciser) ;
- non cliniques : fonction d'enseignement (à la faculté de médecine, animation ou responsabilité de FMC), participation à un groupe qualité, d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ou de pairs, coordination de réseau, activité d'évaluation ou de recherche ou autres ;
- Rapport à la prévention
- compétence spécifique du médecin (ou de l'un des ses confrères si cabinet de groupe) sur les thèmes préventifs de l'étude ;
  - Réalisation de frottis du col utérin (FCU) (tous les MG n'en réalisent pas) ;
- Santé et habitudes de vie personnelles : consommations de tabac et d'alcool, tentatives de diminuer la consommation au cours de l'année écoulée, mesure de la pression artérielle en 2008, date du dernier FCU et de la dernière mammographie si le médecin est une femme et antécédent de résultat anormal le cas échéant :
- Installation : secteur conventionnel (secteur 1 ou 2), milieu d'implantation (urbain/semirural/rural), code postal et composition du cabinet (groupe/solo, employés, présence d'autres professionnels médicaux et non-médicaux);
- Organisation
  - des dossiers médicaux : dossiers informatisés
- des soins préventifs : systèmes de rappel automatique (dans le cas de dossiers informatisés) ;

- du travail : durée moyenne des consultations, nombre moyen de consultations par semaine et nombre moyen d'heures de consultations par semaine (mêmes questions pour les visites), part des consultations sur rendez-vous sur l'ensemble de l'activité et fréquence des rendez-vous.

#### 3.2.3 Caractéristiques médicales des patients

Les caractéristiques médicales des patients ont été recueillies auprès du patient (questionnaire patient) et de son médecin (questionnaire dossier).

Pour certaines caractéristiques, l'avis du praticien devait être demandé si l'information n'était pas présente dans le dossier médical. Par exemple pour le statut tabagique, les deux questions du *questionnaire dossier* étaient :

- le comportement vis à vis du tabac est-il noté dans le dossier ? Réponse : oui ou non.
- quel est le comportement vis à vis du tabac (d'après le dossier ou d'après le médecin) ?

Les caractéristiques étoilées (\*) dans la liste ci-dessous sont celles où l'avis du médecin a été demandé si l'information n'était pas inscrite dans le dossier. Quand ils étaient différents, le détail des éléments demandés respectivement au patient et au médecin ont été placés entre crochets et entre accolades.

Les données portaient sur les domaines suivants :

- Données anthropométriques : poids, taille, périmètre abdominal (uniquement du côté du médecin) ;
- Antécédents personnels : événement coronarien, artériopathie, accident vasculaire cérébral (AVC), cancer du sein, cancer de l'ovaire, hystérectomie, pathologie du col, cancer colorectal, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, polype colique, virginité ;
- Antécédents familiaux : diabète, infarctus, mort subite, AVC, cancer du sein, cancer de l'ovaire, cancer ou polype colorectal
- Tabac : consommation\*
- Alcool: consommation\*
- Suivi gynécologique : a eu un suivi gynécologique aux cours des 3 dernières années\*, médecin responsable du suivi gynécologique\* ;
- Dépistage du cancer du col : a déjà eu un frottis\*, prescripteur\* et date du dernier frottis [en cas d'impossibilité par la patiente de renseigner le mois et l'année du dernier frottis, celle-ci devait dire si sa réalisation était antérieure à 3 ans avant le début de l'étude] ;
- Dépistage du cancer du sein : a déjà eu une mammographie\*, prescripteur\* et date de la dernière mammographie [en cas d'impossibilité par la patiente de renseigner le mois et l'année de sa dernière mammographie, celle-ci devait dire si sa réalisation était antérieure à 2 ans avant le début de l'étude] ;
- Dépistage du cancer colorectal : a déjà eu une coloscopie\*, prescripteur\* et date de la dernière coloscopie, a déjà eu un hémoccult\*, prescripteur\* et date du dernier hémoccult,
- Suivi médical : nombre de consultations au cours de l'année écoulée auprès du médecin traitant, d'un médecin quelconque du même cabinet que le médecin traitant ;
- Facteurs pouvant faire obstacle à la prévention (renseignées uniquement du côté du médecin) : obstacle « psy », mobilité réduite, maladie grave évolutive, autre.

#### 3.2.4 Caractéristiques sociales des patientes

Les caractéristiques sociales des patients ont été recueillies essentiellement auprès du patient (questionnaire patient). Certaines caractéristiques étoilées (\*) dans la liste ci-dessous ont également été recherchées au niveau du médecin (questionnaire dossier) et l'avis du praticien a été systématiquement demandé si l'information n'était pas inscrite dans le dossier.

Les données portaient sur les domaines suivants :

- Sexe :
- Date de naissance (mois et année);
- Origine : nationalité, pays de naissance, langue maternelle ;
- Famille : vit en couple, enfant ;
- Position sociale : dernière profession exercée par le patient\*, par son conjoint, diplôme le plus élevé obtenu ;
- Habitat : locataire, propriétaire ou autre, immeuble collectif type cité ou non, maison individuelle ou autre ;
- Quartier : sentiment de sécurité [Crenner, 1996], considéré comme plutôt résidentiel, considéré plutôt comme une cité, commerçant ;
- Situation financière du foyer : perception d'allocations spécifiques (parent isolé, handicapé, logement, invalidité), du Revenu minimum d'insertion (RMI), situation financière perçue\* (très à l'aise, ça va, c'est juste il faut faire attention ou n'y arrive pas), paye l'impôt sur le revenu, renoncement à des soins dentaires ou à changer de lunettes ;
- Emploi : type de contrat de travail ou type d'inactivité suivant que le patient avait un emploi ou non ;
- Support social : contacts avec les amis proches et la famille, appartenance à des associations ;
- Couverture sociale : mutuelle\*, CMU\*, Prise en charge à 100 % pour une affection de longue durée\* (ALD)

#### 3.3 Déroulement de l'enquête

La logistique de l'enquête a été assurée par la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG).

Les médecins et les internes volontaires pour l'enquête ont tous participé à une réunion de formation aux procédures. Au cours de cette réunion, chaque médecin procédait avec l'aide des organisateurs au tirage au sort des patients dans sa liste médecin traitant.

Un colis comprenant un « aide mémoire de l'investigateur », les *questionnaires dossier*, les *questionnaires patient*, les lettres d'invitation, les formulaires de consentement, les enveloppes timbrées et le *questionnaire médecin*, était livré au cabinet de chaque médecin.

L'enquête s'est déroulée en deux vagues. La première (vague 1) a démarré en juin 2008 avec une récupération des données qui s'est poursuivie jusqu'en octobre 2008. Une deuxième vague (vague 2) s'est déroulée de février à avril 2009.

### 3.4 Aspects réglementaires

L'enquête a reçu un avis favorable du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS) le 23 octobre 2008 (dossier n° 08.397bis).

Tous les investigateurs et les internes ont signé des contrats avec la SFTG.

## 3.5 Analyse

L'analyse a porté sur les pratiques préventives suivantes : tabagisme, consommation à risque d'alcool, dépistage du cancer du col de l'utérus, du cancer du sein et du cancer colorectal. Pour chaque pratique, nous avons retenu deux variables d'intérêt, le statut du patient, et le renseignement de ce statut dans le dossier médical. Pour le statut du patient, l'information du *questionnaire patient* était prise en compte prioritairement. Si le patient n'avait pas renvoyé de questionnaire, ou s'il n'avait pas répondu à cette question, l'information du *questionnaire dossier* était retenue.

Dans la construction des analyses, c'est la modalité défavorable des variables d'intérêt relatives au statut des patients qui est systématiquement modélisée, il faut bien y prendre garde. Ainsi pour le tabagisme c'est le fait de fumer qui est modélisé (c'est habituellement le cas), mais pour le dépistage des cancers c'est le fait de ne pas être à jour du dépistage qui est modélisé (contrairement à ce qui est fait habituellement).

Le tableau ci-dessous synthétise les variables.

Thème de prévention	Statut du patient	Renseignement dans le dossier
Tabagisme	Fumeur ou non fumeur actuel déclaré.	Information sur la consommation de tabac notée dans le dossier, quelle que soit son ancienneté.
Consommation à risque d'alcool	Consommation déclarée d'alcool à risque (plus de 20 g d'alcool par jour en moyenne pour une femme et 30 g pour un homme), ou plus de 50 g en une occasion.	Information sur la consommation d'alcool notée dans le dossier, quelle que soit son ancienneté.
Dépistage du cancer du col de l'utérus	Frottis de dépistage datant de plus de 3 ans au moment de l'étude.	Date d'un frottis notée dans le dossier, que ce soit celle du dernier ou pas.
Dépistage du cancer du sein	Mammographie de dépistage datant de plus de 2 ans au moment de l'étude.	Date d'une mammographie notée dans le dossier, que ce soit celle de la dernière ou pas.
Dépistage du cancer colorectal	Hémoccult datant de plus de 2 ans au moment de l'étude.	Date d'un Hémoccult notée dans le dossier, que ce soit celle du dernier ou pas.

Pour chaque pratique préventive, l'analyse a tout d'abord consisté en la description des caractéristiques des différentes populations cibles (précisées dans le tableau ci-dessous).

Thème de prévention	Population d'analyse
Tabagisme	Hommes de 40 à 74 ans
	Femmes de 40 à 74 ans
Consommation à risque alcool	Hommes de 40 à 74 ans
-	Femmes de 40 à 74 ans
Dépistage cancer du col	Femmes de 40 à 64 ans sans antécédent d'hystérectomie
	avec ablation du col, non vierges
Dépistage du cancer du sein	Femmes de 50 à 74 ans sans antécédent de cancer du sein
Dépistage du cancer colorectal	Hommes et femmes de 50 à 74 ans sans antécédent
	personnel de cancer colorectal, de polype ou de maladie
	inflammatoire chronique intestinale, et sans antécédent
	familial au premier degré de cancer colorectal (exclusion si
	un antécédent familial avant 65 ans, ou deux antécédents
	quel que soit l'âge).

Nous avons ensuite procédé à une analyse univariée puis multivariée des variables d'intérêt en fonction des différentes variables explicatives suivantes :

- Caractéristiques sociales des patients
  - Le sexe
  - L'âge à l'inclusion, en classes ([40-50],[50-60], [60-75])
  - Avoir le français pour langue maternelle
  - Vivre en couple
  - Avoir un ou des enfants

- La profession et catégorie socioprofessionelle (PCS) : mesurée à partir de la dernière profession exercée<sup>2</sup>, codée en utilisant la nomenclature INSEE des Profession et Catégories Socioprofessionnelles des Emplois Salariés d'Entreprise 2003 :
  - Agriculteurs
  - Artisans, commerçants et chefs d'entreprises
  - Cadres et professions intellectuelles supérieures ;
  - Professions intermédiaires ;
  - Employés;
  - Ouvriers.

Toutefois, le nombre très restreint d'« agriculteurs » et la difficulté à positionner les « artisans, commerçants et chefs d'entreprises » par rapport aux autres catégories (qui sont ordonnées de façon décroissante selon la hiérarchie sociale) ont conduit à abandonner ces deux catégories dans les analyses multivariées.

- Etre bénéficiaire du RMI
- Avoir la CMU
- Avoir une mutuelle
- Payer l'impôt sur le revenu
- Perception de la situation financière
- Réseau social : Il a été calculé selon la méthode décrite par Berkman [2004] et comporte 4 niveaux, déterminés par un score lui-même somme de 3 sous-scores. Le niveau le plus bas est constitué des personnes ayant un score de 0 ou 1, et les suivants par ceux ayant respectivement un score de 2-3, 4-5 et 6. Chacun des 3 sous-scores explore un type de lien social différent :
  - 1- statut marital ou cohabitant : vaut 2 si la personne est mariée ou vit en couple et 0 sinon ;
  - 2- nombre de contacts avec des amis ou de la famille proche : est fondé sur 3 items et vaut 1 (3-11 contacts),  $2 \ge 12$ ) et 0 sinon ;
  - 3- nombre d'affiliations à des associations : est fondé sur des questions relatives à l'appartenance à des associations et vaut 1 (1 association),  $2 (\geq 2 \text{ associations})$  et 0 sinon.
- Caractéristiques médicales des patients
- Le nombre de consultations dans l'année écoulée : supérieur ou égal à 3 (versus 2 ou moins) ;
  - L'ancienneté du suivi : supérieur ou égal à 2 ans (versus 1 ou moins) ;
  - Etre suivi en visite à domicile ;
  - Etre en prévention secondaire vis-à-vis du risque cardiovasculaire ;
  - Etre diabétique ;
  - Indice de masse corporel (IMC) en 4 classes (≤ 18, 5, ]18,5-25], ]25-30], ≥ 30);
  - Etre atteint d'une affection de longue durée (ALD) ;
- Obstacles à la prévention d'origine psychiatrique ou psychologique ou liés à un handicap physique ou à une maladie grave évolutive, déclarés par le médecin.

L'association de chaque variable d'intérêt avec les variables explicatives a été testée en analyse univariée. En cas d'association statistiquement significative entre une variable d'intérêt et le sexe, les analyses ont été réalisées en stratifiant sur le sexe.

Concernant l'analyse multivariée, chaque variable d'intérêt a été expliquée en utilisant des modèles logistiques (non hiérarchiques). Les modalités expliquées des variables d'intérêt étaient le fait d'être à jour du dépistage et d'avoir un dossier renseigné. Les variables explicatives initialement introduites dans les modèles étaient celles liées à la variable d'intérêt avec un  $p \le 0,1$ . Ensuite, les variables les moins significatives ont été retirées une à une pour ne conserver au final que des variables significatives avec un  $p \le 0,1$ . Les modèles étaient systématiquement ajustés sur l'âge en classes et sur le sexe (en l'absence de stratification sur cette variable).

-

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Si un patient n'avait jamais travaillé, la PCS de son conjoint a été utilisée.

Les données ont été saisies à deux reprises, avec un masque Epidata version 3.1, puis adaptées grâce à Stat/Transfer au format du logiciel SAS<sup>©</sup> version 9.1, qui a permis de réaliser l'ensemble des analyses statistiques.

#### 4. Résultats

Tous les tableaux figurent en annexe.

#### 4.1 Description des populations

#### 4.1.1 Description des médecins ayant participé à l'étude (tableau 1)

Pour la vague 1, les quelques 120 maîtres de stage de Paris Descartes ont été sollicités pour participer. Sur les 38 médecins ayant accepté, 32 ont effectivement inclus des patients (et 3 ont finalement participé à la vague 2). Pour la vague 2, les maîtres de stage de Paris Descartes ont été de nouveau mobilisés ainsi que la centaine de maîtres de stage de Pierre et Marie Curie. 21 médecins ont accepté de participer (dont 6 de Pierre et Marie Curie) et l'un d'eux n'a jamais débuté.

Au total, 52 médecins généralistes maîtres de stage ont participé à l'étude.

Deux participants sur 3 sont des hommes. Trois sur 4 exercent depuis plus de 20 ans. Sept sur 10 exercent en groupe, 2 sur 3 sont en secteur 1. Six sur 10 cumulent l'activité d'enseignant avec celle de maître de stage.

Ils travaillent principalement sur rendez-vous, et plus de 8 sur 10 déclarent des durées de consultation égales voire supérieures à 20 minutes. Ils font peu de visites à domicile.

Entre 1 sur 3 et 1 sur 5 ont participé à des formations sur un des thèmes de prévention de l'enquête, avec une exception pour la formation sur le dépistage du cancer colorectal, qu'ils sont 7 sur 10 à avoir suivie. Deux sur 3 participent à un groupe d'évaluation des pratiques ou d'amélioration de la qualité. Six sur 10 déclarent un intérêt ou une compétence spécifique pour la prévention. Ils sont presque 9 sur 10 à utiliser des dossiers informatisés mais à peine plus de 1 sur 4 déclarent utiliser des rappels automatiques pour des actes de prévention.

Sur les 52 médecins il n'y a que 7 fumeurs. Sur 4 médecins concernés par l'Hémoccult, un seul est à jour. Deux femmes sur 3 sont à jour pour le frottis et la proportion est à peine supérieure pour la mammographie.

Cinquante et un médecins sur 52 se sentent assez ou très à l'aise pour traiter l'HTA, ce chiffre passe à 29 pour les problèmes de tabac et 16 pour les problèmes d'alcool.

#### 4.1.2 Description des patients (tableaux 2 à 9)

Les médecins ont exclu en moyenne 7,1 % des patients éligibles. Pour les patients inclus nous avons récupéré les *questionnaires dossier* et *patient* dans respectivement 98,8 % et 74,3 % des cas.

Les 3644 patients inclus comprennent, « par construction », autant d'hommes (n=1825) que de femmes (n=1819). Presque 40 % des sujets ont entre 40 et 50 ans, 30 % ont entre 50 et 60 ans et 30 % plus de 60 ans. La majorité des sujets a pour langue maternelle le français (80 %), vit en couple (68 %) et a des enfants (74 %).

La grande majorité des patients est suivie depuis plus de 2 ans (85 %) par son médecin traitant. Un patient sur 3 a rencontré le médecin 3 fois ou plus pendant l'année écoulée. Très peu de patients sont suivis préférentiellement en visite à domicile (4 %).

L'échantillon comprend 4 % de sujets nécessitant une prévention cardio-vasculaire secondaire (antécédent personnel de pathologie cardiovasculaire), 7 % de diabétiques, 19 % de sujets ont une affection de longue durée (ALD).

Concernant les comportements à risque, 28 % fument (31 % des hommes et 26 % des femmes), 25 % déclarent une consommation d'alcool à risque (32 % des hommes et 18 % des femmes). L'indice de masse corporelle (IMC) est supérieur à 25 chez 36 % des sujets.

L'échantillon comprend peu d'ouvriers (10 %) et d'artisans-commerçants (5 %). Il comprend 42 % de cadres et professions intellectuelles supérieures, 22 % de professions intermédiaires et 21 % d'employés.

La majorité des patients a une mutuelle (88 %), et paie l'impôt sur le revenu (81 %), seuls 7 % des patients ont la CMU, et 2 % le RMI. Un patient sur 3 déclare avoir des difficultés financières.

Les médecins considèrent que peu de patients ont des problèmes faisant obstacle à la prévention : 7 % de problèmes « psy », 2 % de handicaps physiques, 5 % de maladies graves et évolutives. Ces résultats décrivent les patients inclus, mais un certain nombre de patients ont été exclus par les médecins en raison de difficultés de même type.

#### 4.2 Analyse du statut des patients

Pour le tabac et l'alcool il existait, en analyse univariée, une association avec le sexe. Nous avons donc fait l'analyse séparément pour les hommes et les femmes.

#### 4.2.1 Caractéristiques des sujets associées au tabagisme

#### 4.2.1.1 Analyse univariée (tableaux 10 à 12)

Dans l'échantillon, les hommes fument significativement plus que les femmes (respectivement 31% et 26%).

L'âge est inversement associé au comportement tabagique dans les deux sexes.

Les femmes dont la langue maternelle n'est pas le français fument significativement moins (19 % versus 26 %), mais ce n'est pas le cas des hommes.

Il y a significativement moins de fumeurs parmi les femmes vivant en couple et parmi les hommes vivant en couple ou ayant des enfants.

Il y a significativement moins de fumeurs parmi les diabétiques. En revanche, le comportement tabagique n'est pas significativement moins fréquent parmi les sujets en prévention cardiovasculaire secondaire ou en ALD.

L'IMC est inversement associé au comportement tabagique avec un gradient très net, allant de 42 % de fumeurs quand l'IMC est ≤ 18,5 à 23 % quand l'IMC est ≥ 30. Ce gradient existe dans les deux sexes.

La consommation à risque d'alcool est très fortement associée au comportement tabagique avec 43 % de fumeurs parmi les buveurs à risque *versus* 23 % chez les autres. Cette association est identique chez les hommes et les femmes.

Dans notre échantillon il n'y a pas d'association entre la PCS et le comportement tabagique.

L'absence de mutuelle, la CMU, le statut non imposable, le RMI, une situation financière perçue comme difficile, sont associés au tabagisme chez les hommes. Chez les femmes l'association est observée pour le statut non imposable, la situation financière perçue et le RMI.

L'intensité du réseau social est fortement associée au tabagisme, avec un gradient marqué. Les hommes dont le score de réseau social est le plus faible sont 45 % à fumer, *versus* 26 % pour ceux dont le score est le plus élevé. Chez les femmes les proportions sont respectivement de 39 % et 12 %.

La situation financière perçue est associée au tabagisme, avec un gradient marqué chez les femmes. Les femmes ayant une mauvaise perception de leur situation financière sont 42 % à fumer, *versus* 22 % pour celles en ayant une bonne.

Parmi les sujets pour qui le médecin déclare un obstacle « psy » à la prévention il y a 45 % de fumeurs *versus* 24 % chez les autres.

#### 4.2.1.2 Analyse multivariée (tableaux 28 et 29)

L'analyse multivariée chez les hommes montre une association indépendante entre le comportement tabagique et :

- la classe d'âge (les plus jeunes fument plus)
- le statut de parent (ceux qui n'ont pas d'enfant fument plus)
- la consommation déclarée d'alcool (les buveurs fument plus)
- la situation financière perçue (ceux qui doivent « faire attention » fument plus que ceux pour qui « ça va »)
- le fait que le médecin déclare un obstacle « psy » à la prévention (ces hommes fument plus).

L'analyse multivariée chez les femmes montre une association indépendante entre le comportement tabagique et :

- la classe d'âge (la tranche 60-75 fume moins)
- la langue maternelle (celles pour qui la langue maternelle n'est pas le français fument moins)
- l'IMC (celles dont l'IMC est compris entre 25 et 30 fument moins que celles dont l'IMC est compris entre 18,5 et 25)
- la consommation déclarée d'alcool (les buveuses fument plus)
- la situation financière perçue (celles qui doivent « faire attention » et celles qui « n'y arrivent pas du tout » fument plus que celles pour qui « ça va »)
- le réseau social (celles ayant le score de réseau social le plus élevé fument moins)
- le fait que le médecin déclare un obstacle « psy » à la prévention (ces femmes fument plus).

#### 4.2.2 Caractéristiques des sujets associées à une consommation à risque d'alcool

#### 4.2.2.1 Analyse univariée (tableaux 13 à 15)

Dans l'échantillon les hommes déclarent plus souvent une consommation d'alcool à risque que les femmes (32 *versus* 17 %). La vie en couple est associée à moins de consommation à risque chez les hommes seulement.

Dans les deux sexes il n'y a pas d'association entre les variables décrivant l'état de santé (diabète, prévention secondaire, ALD) et la consommation d'alcool à risque.

On retrouve évidemment l'association alcool – tabac décrite au paragraphe précédent.

Les femmes dont l'IMC est compris entre 18,5 et 25 déclarent plus souvent une consommation à risque que les femmes dont l'IMC est plus bas ou plus élevé.

Les hommes non imposables sont 29 % à déclarer une consommation à risque, *versus* 36 % parmi les imposables (p = 0,06). Chez les hommes il n'y a pas d'association significative avec les autres variables décrivant la position sociale.

Chez les femmes il existe une association statistiquement significative entre la PCS et la consommation à risque déclarée, celle-ci étant plus fréquente chez les cadres (23 %) que chez les professions intermédiaires (16 %), les employées (12 %) et les ouvrières (13 %).

Les femmes bénéficiaires de la CMU sont 24 % à déclarer une consommation à risque *versus* 17 % parmi les non bénéficiaires (p = 0,08).

#### 4.2.2.2 Analyse multivariée (tableaux 32 et 33)

L'analyse multivariée chez les hommes montre une association indépendante de la consommation d'alcool à risque avec :

- la classe d'âge (les 60-74 déclarent boire plus que les 50-60)
- le comportement tabagique (les fumeurs déclarent boire plus)
- le statut imposable (ceux qui paient des impôts sur le revenu déclarent boire plus).

L'analyse multivariée chez les femmes montre une association indépendante de la consommatoin d'alcool avec :

- l'IMC (celles dont l'IMC est entre 25 et 30 déclarent boire moins que celles dont l'IMC est entre 18,5 et 25)
- le comportement tabagique (les fumeuses déclarent boire plus).

# 4.2.3 Caractéristiques des femmes associées à un dépistage à jour du cancer du col de <u>l'utérus</u>

#### 4.2.3.1 Analyse univariée (tableau 16)

La proportion de femmes ayant bénéficié d'un dépistage par frottis du cancer du col de l'utérus depuis moins de trois ans est de 80 %.

Les femmes plus âgées ont tendance à être moins bien dépistées : 18% ne sont pas à jour parmi les 40-50 ans *versus* 20% chez les 50-60 ans et 25% chez les 60-65 ans (p=0,07).

Avoir une ALD est significativement associé à un moindre dépistage : 26 % versus 19 %. Il en est de même chez les femmes en prévention secondaire cardiovasculaire : 31 % versus 20 % (p = 0.07).

L'IMC est associé négativement au dépistage avec un gradient. Pour les IMC correspondant à un poids normal, à un surpoids et à une obésité la proportion de non dépistées est respectivement de 16 %, 24 % et 27 %.

Toutes les variables décrivant la position sociale sont associées au dépistage avec un moindre dépistage chez les femmes dont la position est défavorisée : mutuelle (38 % non dépistées en absence de mutuelle *versus* 18 %), RMI (37 *versus* 19 %) statut non imposable (31 *versus* 16 %), CMU (29 *versus* 20 %, p = 0,1). On observe un gradient de non dépistage selon la situation financière perçue, allant de 35 % pour la moins bonne perception à 13 % pour la meilleure.

L'association à la PCS se fait selon un gradient net : 12 % non dépistées chez les cadres, 19 % chez les professions intermédiaires, 26 % chez les employées, 43 % chez les ouvrières.

L'association au score de réseau social se fait également selon un gradient avec des proportions de femmes non dépistées de 26, 19, 17 et 10 % pour des scores de réseau social croissants.

Les problèmes « psy » déclarés par le médecin sont associés à un moindre dépistage.

#### 4.2.3.2 Analyse multivariée (tableau 36)

L'analyse multivariée montre une association indépendante du dépistage du cancer du col avec :

- l'âge (le risque de ne pas être dépistée augmente avec la classe d'âge)
- la PCS (avec persistance du gradient observé en analyse univariée).

- le statut imposable (celles qui ne paient pas d'impôts sur le revenu sont plus à risque de ne pas être à bien dépistées)

#### 4.2.4 Caractéristiques des femmes associées à un dépistage à jour du cancer du sein

#### 4.2.4.1 Analyse univariée (tableau 17)

La proportion de femmes ayant bénéficié d'un dépistage mammographique du cancer du sein depuis moins de deux ans est de 76 %.

Il n'y a pas de différence associée à l'âge dans notre échantillon.

Les femmes en ALD sont moins bien dépistées (32 % ne sont pas à jour versus 22 %).

Les femmes non imposables sont nettement moins bien dépistées (33 % versus 19 %). Il en est de même pour les bénéficiaires du RMI et pour les femmes qui se considèrent en situation financière défavorable (net gradient).

L'association à la PCS se fait selon un gradient, moins spectaculaire que pour le frottis, mais significatif : 17 % non dépistées chez les cadres, 24 % chez les professions intermédiaires, 27 % chez les employées, 28 % chez les ouvrières.

Comme pour le frottis les problèmes « psy » déclarés par le médecin sont associés à un moindre dépistage.

#### 4.2.4.2 Analyse multivariée (tableau 38)

L'analyse multivariée montre une association indépendante entre le dépistage mammographique et :

- le statut imposable (avec un risque accru de ne pas être dépistée parmi les femmes non imposables)
- les problèmes « psy » déclarés par le médecin (augmentent le risque de ne pas être dépistée).

# 4.2.5 Caractéristiques des patients (hommes et femmes) associées à un dépistage à jour du cancer colorectal

#### 4.2.5.1 Analyse univariée (tableau 18)

La proportion de sujets ayant bénéficié d'un dépistage du cancer colorectal depuis moins de deux ans au moment de l'enquête est de 24%.

Pour cette partie de l'analyse, après avoir vérifié qu'il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes, les résultats sont présentés globalement.

Les sujets âges de 60 à 74 ans sont significativement mieux dépistés que ceux de 50 à 59 ans : 29 % de dépistés *versus* 20 %.

Il en est de même pour les sujets vivant en couple : 31 *versus* 25 %, et pour les non fumeurs 27 *versus* 19 %.

Les patients consommateurs de tabac sont significativement moins dépistés que les non fumeurs (17 % versus 19 %)

Les sujets qui ont consulté 3 fois ou plus dans l'année précédente sont significativement mieux dépistés : 32 *versus* 19 %.

La position sociale est associée au dépistage : 27 % de dépistés parmi les sujets ayant une mutuelle *versus* 17 % chez ceux n'en ayant pas, 30 % de dépistés parmi les sujets imposables *versus* 22 % parmi les non imposables.

Pour la situation financière perçue un gradient semble exister (p = 0,07), allant de 20 % de dépistés parmi les sujets déclarant les situations perçues les moins aisées jusqu'à 33 % parmi les plus aisées.

On observe une association au score de réseau social selon un gradient, avec des proportions croissantes de sujets dépistées pour des niveaux de réseau social croissants : 21, 25, 35 et 32 %.

Lorsque le médecin considère qu'une maladie grave fait obstacle au dépistage les sujets sont moins souvent dépistés (15 % versus 26 %).

#### 4.2.5.2 Analyse multivariée (tableau 40)

L'analyse multivariée montre une association indépendante entre le dépistage du cancer colorectal et :

- la classe d'âge (les 60-75 sont mieux dépistés que les 50-60)
- le score de réseau social (avec maintien du gradient observé dans l'analyse univariée)
- le nombre de consultations (les sujets qui ont consulté 3 fois ou plus dans l'année écoulée sont mieux dépistés).

#### 4.3 Analyse du renseignement du statut dans le dossier

#### 4.3.1 Renseignement du tabagisme dans le dossier

#### 4.3.1.1 Analyse univariée (tableaux 19-21)

Globalement la proportion de dossiers non renseignés pour le statut tabagique est de 48,9 %.

Le dossier est moins bien renseigné chez :

- les femmes (45 *versus* 57 % chez les hommes),
- les hommes et les femmes dont la langue maternelle n'est pas le français (41 *versus* 54 %).

Le dossier est mieux renseigné chez :

- les femmes et les hommes (tendance) qui n'ont pas d'enfant (56 versus 50 %),
- les hommes qui doivent bénéficier d'une prévention secondaire (63 *versus* 51 %), mais pas chez les femmes,
- les fumeurs (73 *versus* 48 %) des deux sexes,
- les sujets déclarant une consommation d'alcool à risque (63 versus 51 %) des deux sexes.

Chez les hommes il n'y a pas d'association entre la PCS et le renseignement du dossier. Par contre chez les femmes, les dossiers sont renseignés chez 46 % des cadres, 53 % des professions intermédiaires, 41 % des employées et 47 % des ouvrières (p global = 0,005).

Il existe une association entre CMU et dossier renseigné, inversée chez les hommes et chez les femmes. Chez les hommes les dossiers sont bien renseignés pour 66 % des bénéficiaires et 57 % des non bénéficiaires (p = 0,04). Chez les femmes les dossiers sont bien renseignés 35 % % des bénéficiaires et 46 % des non bénéficiaires (p = 0,03). Chez les hommes bénéficiaires du RMI, 80 % des dossiers sont renseignés, *versus* 58 % chez les non bénéficiaires (p = 0,01). Chez les femmes ces proportions sont respectivement de 55 et 45 % (0,38).

#### 4.3.1.2 Analyse multivariée (tableaux 30 et 31)

En analyse multivariée, chez l'homme, le fait que le dossier soit renseigné pour le statut tabagique est associé de manière indépendante à :

- la langue maternelle (si ce n'est pas le français le dossier est moins souvent renseigné)
- le fait de nécessiter une prévention secondaire (dossier mieux renseigné)
- le fait de fumer (dossier mieux renseigné)

Chez la femme, le fait que le dossier soit renseigné pour le statut tabagique est associé de manière indépendante à :

- la langue maternelle, comme pour l'homme
- le fait de fumer, comme pour l'homme
- la PCS (dossier moins souvent renseigné chez les employées).

#### 4.3.2 Renseignement de la consommation d'alcool dans le dossier

#### 4.3.2.1 Analyse univariée (tableaux 22-24)

Globalement la proportion de dossiers non renseignés pour la consommation d'alcool est de 75,2 %.

Le dossier est moins bien renseigné chez :

- les femmes (19 *versus* 31 %);
- les sujets dont la langue maternelle n'est pas le français (20 *versus* 26 %), la différence est significative chez les hommes et les femmes séparément ;
- les hommes vivant en couple (29 % versus 38 %), pas de différence chez les femmes.

Le dossier est mieux renseigné chez :

- les fumeurs des deux sexes (33 versus 24 %);
- les sujets déclarant une consommation d'alcool à risque (40 versus 24 %) des deux sexes.

Le type de suivi médical joue un rôle chez les hommes. Les dossiers des hommes suivis depuis moins de 2 ans sont mieux renseignés (39 *versus* 30 %); il en est de même des dossiers des hommes vus 3 fois ou plus dans l'année passée (35 *versus* 30 %).

Chez les hommes la CMU est associée à un dossier mieux renseigné (40 *versus* 31 %). Il en est de même pour le RMI (50 *versus* 31 %). Ces associations ne s'observent pas chez les femmes.

Pour la situation financière perçue, chez les hommes il y a un gradient très net allant de 51 % de dossiers renseignés dans la situation la moins aisée à 23 % dans la plus aisée (p = 0.002). Chez les femmes il y a une tendance au gradient inverse, allant de 13 % de dossiers renseignés dans la situation la moins aisée à 18 % dans la situation la plus aisée (p = 0.07).

Chez les hommes (pas chez les femmes), le réseau social est associé au renseignement du dossier avec un gradient qui va de 40% de dossiers renseignés pour le score le plus bas à 24% pour le score le plus élevé (p = 0.02).

Chez les femmes lorsque le médecin déclare un obstacle « psy » à la prévention, les dossiers sont mieux renseignés (27 *versus* 18 %).

#### 4.3.2.2 Analyse multivariée (tableaux 34 et 35)

Chez les hommes le fait que le dossier soit renseigné pour la consommation d'alcool, est associé indépendamment à :

- la langue maternelle (si ce n'est pas le français le dossier est moins souvent renseigné)

- l'ancienneté du suivi (les dossiers des patients suivis depuis moins de 2 ans sont mieux renseignés)
- le nombre de consultations dans l'année écoulée (si ≥ 3 consultations le dossier est mieux renseigné)
- le comportement tabagique (dossier mieux renseigné)
- une consommation d'alcool à risque (dossier mieux renseigné)
- situation financière perçue (gradient dans le même sens qu'en analyse univariée)

Chez les femmes le fait que le dossier soit renseigné pour la consommation d'alcool, est associé indépendamment :

- au comportement tabagique (dossier mieux renseigné)
- une consommation d'alcool à risque (dossier mieux renseigné)

#### 4.3.3 Renseignement d'une date de frottis dans le dossier

#### 4.3.3.1 Analyse univariée (tableau 25)

L'information sur le dernier frottis manque dans 77 % des dossiers Le dossier est moins souvent renseigné chez les femmes de la tranche 40-50 ans que chez les femmes plus âgées (19 *versus* 26 %).

Il est plus souvent renseigné chez les femmes suivies depuis plus de 2 ans (25 versus 17 %), et chez celles vues au moins 3 fois dans l'année précédente (30 versus 20 %).

Aucune caractéristique sociale n'est associée à la qualité du renseignement du dossier concernant le frottis.

#### 4.3.3.2 Analyse multivariée (tableau 37)

En analyse multivariée la seule variable indépendamment associée au renseignement sur le frottis dans le dossier est le nombre de consultations dans l'année écoulée ( $si \ge 3$  consultations dossier plus souvent renseigné). L'association avec l'ancienneté du suivi est à la limite de la significativité (suivi < 2 ans associé à dossier moins souvent renseigné).

#### 4.3.4 Renseignement d'une date de mammographie dans le dossier

#### 4.3.4.1 Analyse univariée (tableau 26)

L'information sur la dernière mammographie manque dans 55 % des dossiers Le dossier est moins souvent renseigné chez les femmes de la tranche 50-60 ans que chez les femmes plus âgées (41 *versus* 50 %).

L'IMC est associé au renseignement du dossier pour la mammographie, selon un gradient : plus l'IMC est élevé et mieux le dossier est renseigné (p = 0,0006).

Les dossiers des fumeuses ont tendance à être moins renseignés (41 versus 49 %, p = 0,06).

Les dossiers des femmes en ALD sont significativement moins renseignés (52 % versus 44 %).

Comme pour le frottis, le dossier est mieux renseigné pour la mammographie chez les femmes suivies depuis plus de 2 ans (49 *versus* 28 %), et chez celles vues au moins 3 fois dans l'année précédente (55 *versus* 39 %).

L'association entre PCS et renseignement du dossier pour la mammographie est forte (p = 0,003) et se fait selon un gradient : dossier renseigné pour 40 % des cadres, 46 % des professions intermédiaires, 53 % des employées et 61 % des ouvrières.

#### 4.3.4.2 Analyse multivariée (tableau 39)

Les variables indépendamment associées au renseignement sur le dépistage mammographique dans le dossier sont :

- la classe d'âge (les dossiers des 60-75 sont mieux renseignés que ceux des 50-60)
- l'IMC (son augmentation est associée à des dossiers mieux renseignés)
- le nombre de consultations dans l'année écoulée (si ≥ 3 dossier mieux renseigné)
- l'ancienneté du suivi (si suivi ≥ 2 ans dossier mieux renseigné).

#### 4.3.5 Renseignement d'une date d'Hémoccult dans le dossier

#### 4.3.5.1 Analyse univariée (tableau 27)

L'information sur le dépistage du cancer colorectal manque dans 79,4 % des dossiers.

Les dossiers sont mieux renseignés chez les patients plus âgés (25 % dans la tranche 65-74 ans versus 17 % dans la tranche 50-65 ans).

Comme pour la mammographie et le frottis, le dossier est mieux renseigné pour le dépistage du cancer colorectal chez les sujets suivis depuis plus de 2 ans (22 *versus* 14 %), et chez ceux vus au moins 3 fois dans l'année précédente (26 *versus* 18 %).

Les patients qui bénéficient d'une mutuelle ont des dossiers mieux renseignés (23 versus 13 %).

Le score de réseau social est associé au renseignement du dossier, avec un dossier mieux renseigné pour les scores les plus élevés (p = 0.02).

#### 4.3.5.2 Analyse multivariée (tableau 41)

Les variables associées indépendamment au renseignement sur le dépistage du cancer colorectal dans le dossier sont :

- la classe d'âge (les 60-74 ont des dossiers mieux renseignés)
- le fait d'avoir une mutuelle (dossier mieux renseigné)
- le réseau social (à la limite de la significativité)
- le nombre de consultations dans l'année écoulée (si ≥ 3 dossier mieux renseigné)
- l'ancienneté du suivi (si ≥ 2 ans dossier mieux renseigné)
- l'obstacle « psy » déclaré par le médecin (à la limite de la significativité).

#### 5 - Discussion

## 5.1 Rappel des principaux résultats

#### 5.1.1 Concernant le dépistage des cancers

Le taux de dépistage à jour apparaît élevé pour le cancer du col et du sein (respectivement 80 et 76 %) alors qu'il n'est que d'un quart pour le cancer colorectal. Ces résultats sont comparables à ceux observés en population générale [Guilbert 2006].

Les taux de renseignement des dossiers sont eux globalement bas (23, 45 et 21 % respectivement pour les cancers du col, du sein et colo-rectal). Les taux de dépistage et de renseignement sont très similaires pour le cancer colo-rectal, alors qu'ils sont nettement différents concernant les cancers gynécologiques. En effet pour ces 2 derniers cancers, le gynécologue est responsable d'une part importante du dépistage.

Des inégalités sociales de dépistage existent pour les 3 cancers conformément à la littérature scientifique [von Wagner, 2009; Duport, 2007 et 2008; Prouvost, 2007; Bertolotto, 2003; Sambamoorthi, 2003; McCaffery, 2002 Segnan, 1997; Miller, 1997; Aubert, 1995] et elles sont tout particulièrement marquées pour le frottis. Notons qu'il n'y a pas de différence de genre concernant le dépistage colo-rectal comme c'est habituellement le cas pour les comportements de santé [Wardle, 2005] et que les résultats sont meilleurs qu'en population générale [Dancourt, 2009; Chaussade, 2008; Goulard, 2008; Serra, 2008] ou chez les médecins généralistes tout venant [Denis, 2003 et 2007]. Le renseignement du dossier est peu différencié socialement. Cette observation est conforme à ce qu'on sait des prises en charge en soins primaires, assez neutres socialement ou « pro-pauvres » [Van Doorslaer, 2006]. L'accès au gynécologue (comme celui au spécialiste en général) est probablement socialement différencié en défaveur des moins dotés [Despres, 2009].

#### 5.1.2 Concernant le tabagisme et la consommation à risque d'alcool

#### 5.1.2.1 Tabagisme

Le taux de fumeurs s'élève à environ 30 et 25 % respectivement chez les hommes et chez les femmes [Beck, 2007]. Dans les deux sexes, l'influence de l'âge, de la consommation à risque d'alcool et de l'existence de troubles « psy » semble déterminante. En ce qui concerne les inégalités sociales, le tabagisme varie nettement selon la situation financière perçue et le réseau social, indépendamment du sexe [Beck, 2007]. Le tabagisme semble moins important chez les hommes cadres et plus fréquent chez les femmes ouvrières.

Le statut tabagique est renseigné une fois sur deux dans les dossiers, et moins souvent pour les femmes que pour les hommes. En revanche, il n'y a pas de différence selon la position sociale. On observe une influence différente de la CMU en fonction du sexe (favorable chez les hommes et défavorable chez les femmes).

#### 5.1.2.2 Consommation à risque d'alcool

Le taux de consommateurs excessifs d'alcool s'élève à environ 30 et 17 % respectivement chez les hommes et chez les femmes. On observe peu de disparités sociales, si ce n'est chez les femmes où le risque est plus élevé chez les cadres comme dans une étude de l'IRDES [Com-Ruelle, 2008] en population générale [Beck, 2007].

Le renseignement du statut vis-à-vis de l'alcool est très peu noté dans le dossier des médecins et moins chez les femmes que chez les hommes (respectivement dans 20 et 31 % des cas). Dans les 2 sexes, le renseignement est meilleur si le patient a le français comme langue maternelle, s'il fume, et si sa consommation d'alcool est à risque. Chez les hommes, on note une importance du suivi médical sur le renseignement, qui est meilleur si le patient est connu depuis moins de 2 ans et vu plus de 3 fois par an. Le renseignement est aussi meilleur dans le bas de la hiérarchie sociale. Chez les femmes, on ne retrouve pas ces facteurs : le renseignement n'est pas socialement différencié mais plus important en cas d'obstacle « psy » à la prévention.

#### 5.2 Avantages et limites

#### 5.2.1. Avantages

Notre enquête présente plusieurs points forts rarement rencontrés dans les études en médecine générale. Le principal avantage réside dans la qualité des données. Premièrement, un dispositif d'enquête original a permis d'avoir un taux de participation des patients beaucoup plus élevé que dans les autres enquêtes postales réalisées en médecine libérale. Cela tient essentiellement au fait d'avoir placé le praticien au cœur du dispositif. Faire transiter le questionnaire patient par un échange de courriers entre le médecin traitant et son malade a placé l'enquête dans le contexte de la relation médecin-malade et dans le cadre des liens de confiance qui peuvent exister. Le fait que le médecin traitant pouvait utiliser les questionnaires pour compléter son dossier médical a distingué l'étude des enquêtes épidémiologiques habituelles conçues dans un seul but de recherche et sans retombée directe possible pour les participants. Deuxièmement, le taux d'exclusion est très faible. Troisièmement, le recueil des données pour le questionnaire dossier, assuré majoritairement par l'interne qui connaît la structuration des dossiers de son maître de stage, a permis d'avoir un recueil qualitativement satisfaisant et une bonne acceptabilité de l'enquête auprès des praticiens. Enfin, le recueil bilatéral des données a permis d'inclure une partie des patients non-répondants dans l'analyse. Il a aussi permis d'améliorer la qualité des informations sociales (caractérisation plus fine de la PCS grâce à la synthèse des informations des deux questionnaires) et médicales (par exemple en cas d'hystérectomie, la précision avec ou sans col restant, dont mention est faite dans le compte rendu opératoire versé au dossier médical échappe souvent à la patiente).

#### 5.2.2. Limites

La limite principale de cette enquête est son absence de représentativité qui empêche la généralisation des résultats descriptifs à l'ensemble des généralistes. Soulignons tout de même que les gisements de qualité observés ont été estimés chez des généralistes maîtres de stage probablement plus investis dans la qualité que la majorité de leurs confrères et ayant des patientèles plutôt aisées. La qualité du dépistage et la tenue des dossiers sont probablement meilleures que parmi les médecins généralistes non maîtres de stage [Arnould, 2009; Breuil-Genier, 2006].

Concernant les mesures d'association, il est difficile de dire si elles sont fortement biaisées et dans quelle direction. A propos des inégalités sociales, rappelons que cette thématique est peu développée au sein des facultés de médecine françaises et peu connue des praticiens libéraux. Les gradients sociaux sont donc probablement encore plus importants chez les généralistes nonmaîtres de stage si on les imagine moins systématiques en matière de prévention que ceux de notre enquête.

Une autre limite concerne la validité des réponses. Il existe d'une part un potentiel biais de désirabilité concernant la consommation de toxiques [Drees, 2005; Bouix, 2002; Garrigues-Nazerzadeh, 2002]. Notre protocole par auto-questionnaire avec retour au médecin traitant est un ressort de la participation mais il pousse peut-être les patients à répondre conformément à ce que souhaiterait leur médecin. Mais on peut aussi faire l'hypothèse contraire à savoir que les réponses seront éventuellement discuter lors de la prochaine consultation est donc qu'il faut faire preuve de franchise. D'autre part, on sait qu'il existe un biais de mémorisation qui peut éventuellement être socialement différencié au sujet des dates des derniers dépistages de cancer [Caplan, 2003; Degnan, 1992; Bowman 1991].

#### 5.3 Perspectives en termes d'analyse

A ce stade de notre travail d'analyse, plusieurs voies de recherche ultérieures sont envisageables :

- Poursuivre l'analyse des variables sociales avec en particulier l'analyse de l'influence du milieu de vie (logement et quartier [Crenner, 1996]) sur les dépistages ;
- Terminer l'analyse de la filière de soins en fonction de la position sociale pour le dépistage des cancers gynécologique : quelles femmes sont dépistées par quels acteurs du système de soins ? (gynécologue, médecin traitant, dépistage organisé) ? [Des résultats provisoires ont été présentés aux médecins participants à l'automne 2009, les diapositives figurent en annexe du présent rapport.]
- Analyser la variabilité des pratiques préventives en fonction des médecins puis en fonction de leurs caractéristiques individuelles et de celles de leur cabinet ;
- Explorer le lien entre le surpoids, les pathologies chroniques [Kiefe, 1998] ou les troubles psychiatriques [Miles, 2006] et les pratiques préventives ;
- Analyser les interactions au niveau du genre [Wardle, 2005; Aliaga 2002];
- Analyser la concordance entre les déclarations des patients et le contenu du dossier ou l'avis du médecin ;
- Distinguer dans l'analyse de la consommation excessive d'alcool, les consommations à risque ponctuel ou chronique ;

#### 6 - Conclusion

Quels que soient les thèmes préventifs considérés, il existe des progrès à réaliser en termes de qualité.

Les progrès les plus importants concernent avant tout le renseignement du statut vis-à-vis du dépistage dans le dossier médical. Améliorer le renseignement semble prioritaire d'une part parce que la notification est globalement très insuffisante et d'autre part parce qu'on peut penser qu'il s'agit de la première étape sur la voie de l'amélioration des pratiques préventives. Le taux global de dépistage à jour pour le cancer colorectal (24 %) est encore nettement en deçà des objectifs permettant de réduire la mortalité. De même, les niveaux de tabagisme (en particulier parmi les patients en prévention secondaire) et de consommation d'alcool à risque restent élevés. Enfin, on observe des disparités sociales dans la participation à certains soins préventifs, notamment au dépistage du cancer du col utérin pour lequel les inégalités sociales sont très marquées.

Plusieurs facteurs semblent limiter la qualité des pratiques préventives. Même si ces facteurs varient selon les soins considérés, certains éléments semblent transversaux :

- Le fait de ne pas avoir le français comme langue maternelle est souvent associé à une qualité inférieure des pratiques préventives. Plusieurs mécanismes peuvent expliquer cette observation : barrière culturelle [Lovell, 2007], limitation du temps consacré à la prévention du fait d'une communication difficile allongeant le temps nécessaire pour s'occuper du motif de consultation, ou encore difficultés d'explicitation de l'intérêt du dépistage.
- Les pathologies psychiatriques font clairement obstacle à la délivrance de soins préventifs, par opposition aux pathologies somatiques même graves (invalidité, maladie grave, ALD, diabète, personnes vues en visite principalement).

- La position sociale des patients est associée aux pratiques préventives. La dimension financière semble avoir une place prépondérante (situation financière perçue, paiement de l'impôt sur le revenu). Ceci est compréhensible pour le dépistage du cancer du col car l'essentiel des frottis est réalisé par des gynécologues, souvent secteur 2 et refusant parfois la CMU en Ile-de-France [Despres 2008]. C'est moins clair (même si le gradient est plus faible) concernant les deux autres dépistages pour lesquels existe un dépistage organisé gratuit.
- Le réseau social semble également lié aux soins préventifs. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette association. Le réseau social pourrait correspondre à une forme de contrôle social ou à un support informationnel plus important dans un environnement valorisant la prévention, à un soutien social plus efficace pour affronter les stress de la vie (dispensant d'utiliser le tabac ou l'alcool comme des anxiolytiques) et de mieux tolérer l'anxiété générée par la recherche d'un cancer.

Deux facteurs semblent liés à une meilleure qualité des soins préventifs :

- Un suivi médical rapproché, c'est-à-dire pluriannuel
- L'existence d'un dépistage organisé, qui semble associé à un gradient social moins important si l'on compare le cancer du col utérin aux deux autres cancers.

L'analyse des facteurs associés aux pratiques préventives laisse imaginer des pistes d'amélioration au niveau des cabinets de médecin généralistes.

En premier lieu, il s'agit d'améliorer la gestion des dossiers pour pouvoir évaluer. Le renseignement du statut vis-à-vis du dépistage des patients doit être plus systématique en notant la date de réalisation pour le dépistage des cancers. De plus, il faudrait pouvoir renseigner la position sociale des patients par leur profession si l'on veut pouvoir améliorer globalement la qualité des soins préventifs sans accroître les gradients sociaux.

Ensuite, il faut réfléchir à différentes manières de proposer les dépistages aux patients non à jour en fonction des possibilités et envies de chacun (médecin et patient). Une consultation spécifique de prévention pourrait être envisagée (par exemple aux patients maîtrisant mal le français et/ou ayant des troubles psychiatriques et/ou des problèmes financiers et/ou consultant plus rarement). Une autre piste de réflexion est d'introduire une aide (informatique [Weyer, 2005; Ornstein, 1991; Rosser, 1991; Fordham, 1990; McDowell, 1989] ou humaine) pour la gestion des listes de patients non dépistés, pour les relancer et/ou faire de l'éducation pour la santé.

#### 7 - Valorisation

#### 7.1 Communications orales et posters

Certains résultats de la première vague de l'étude ont été présentés oralement en 2009 :

- . Concordance entre les déclarations des patients et des médecins concernant les soins préventifs, 3ème Congrès de la Médecine Générale France, Nice, Juin 2009
- . Quelle est la place du médecin généraliste dans le dépistage des cancers gynécologiques ?, 3ème Congrès de la Médecine Générale France, Nice, Juin 2009
- . Repérage de la consommation d'alcool et de tabac dans la patientèle médecin traitant de maîtres de stage dans un département de Médecine Générale, 3ème Congrès de la Médecine Générale France, Nice, Juin 2009

Des résultats portants sur l'échantillon complet seront présentés fin juin 2010 :

- . Dépistage du cancer du col utérin en médecine générale : qui dépiste qui ?, 4ème Congrès de la Médecine Générale France, Nice, Juin 2010 (communication orale)
- . Dépistage des cancers colorectal, du sein, du col de l'utérus par des maîtres de stage franciliens : analyse qualitative des obstacles. 4ème Congrès de la Médecine Générale France, Nice, Juin 2010 (poster)

#### 7.2 Thèses d'exercice de médecine

Dix-neuf internes réalisent actuellement leur thèse sur la base de données constituée lors de l'étude.

La thèse suivante a été soutenue et a obtenu une médaille de bronze :

Qualité du dépistage du cancer colorectal en médecine générale : une étude chez des maîtres de stage franciliens, Camille Loiseau-Breton, Avril 2010

### 8 - Bibliographie

- Advisory Committee on Cancer Prevention, « Recommendations on screening in the European Union », European Journal of Cancer, Volume 36, Numéro 12, Pages 1473-1478, Août 2000.
- Agence nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé(ANAES), Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal Actualisation. 2002.
- Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM), Pratique des frottis cervicaux pour le dépistage et diagnostique biologique du cancer du col. Recommandations et Références Médicales. Vol. Tome 2. 1995.
- Aliaga C, Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes. Insee première, 2002(869): p. 1-4.
- Arnould P, Raineri F, Hebbrecht G, Arnould M, Duhot D, Typologie comparée des médecins généralistes participants à un Groupe de Pairs SFMG Juin 2009.
- Aubert JP., Falcoff H., Florès P., Gilberg S., Hassoun D., Pétrequin C., Van Es P. Dépistage mammographique individuel du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans. Audit de la pratique de 41 médecins généralistes d'Ile-de-France. Rev Prat-MG 1995 ; 300 : 40-51
- Beck F, Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005. Inpes, Paris 2007.
- Berkman, L.F., et al., Social integration and mortality: a prospective study of French employees of Electricity of France-Gas of France: the GAZEL Cohort. Am J Epidemiol, 2004. 159(2); 167-74.
- Bertolotto F., J.M., Leroux M., Ruspoli S., Ancelle-Park R., Jestin C., Albi N., Sancho-Garnier H., Facteurs sociaux de l'absence de participation aux campagnes de dépistage organisé du cancer du sein. Bull Epidemiol Hebd, 2003(04): p. 24-5.
- Bouix J.C., et al. Parler d'alcool reste un sujet tabou. Rev Prat Med Gen 2002; 16(588) : 1488-92.
- Bowman, J.A., et al., The accuracy of Pap smear utilization self-report: a methodological consideration in cervical screening research. Health Serv Res, 1991. 26(1): p. 97-107.
- Breuil-Genier and C. P. Goffette, La durée des séances des médecins généralistes. Etudes et Résultats, 2006(481): p. 1-7.
- Caplan, L.S., M.T. Mandelson, and L.A. Anderson, Validity of self-reported mammography: examining recall and covariates among older women in a Health Maintenance Organization. Am J Epidemiol, 2003. 157(3): p. 267-72.
- Chaussade S, Etat des lieux de la campagne de dépistage par Hémoccult II du cancer colorectal à Paris, Bilan de la première année de campagne octobre 2008, pp. 1-12.
- Com-Ruelle L, Dourgnon P, Jusot F, Lengagne P. Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ? Questions d'économie de la santé, Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), 2008 ; 1-4.
- Crenner, E., Insécurité et sentiment d'insécurité. Insee première, 1996(501): p. 1-4.
- Dancourt V., Dépistage du cancer colorectal: état des lieux et perspectives INCa Mars 2009, pp. 1-9.
- Degnan, D., et al., Measuring the use of mammography: two methods compared. Am J Public Health, 1992. 82(10): p. 1386-8.
- Denis B, Perrin P, Cailleret AF, Guth F, Ruetsch M, Strentz P. Dépistage du cancer colorectal: une enquête auprès des praticiens français général] Gastroenterol Clin Biol. 2003 Nov; 27 (11):992-7.
- Denis B. Schon G. Ruetsch M. Grall J.C. Lévêque M. Meyer J.M. Moser S. schiember J.C. Perrin P. Dépistage des cancers: auto-évaluation des dossiers médicaux de 37 médecins généralistes Presse Médicale Février 2007, vol. 36, no2, CAH1, pp. 217-223.

- Despres C. Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris : une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens. Rapport de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé, 2009.
- Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Le risque d'alcoolisation excessive : des écarts entre les déclarations des patients et l'avis des médecins. DREES Etudes et résultats. 2005; (405): 12 pages.
- Duport N., et al. Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer du sein : étude FADO-sein. Publication Institut de veille sanitaire, 2007: p. 1-6.
- Duport N. Are Breast cancer screening practices associated with sociodemographic status and healthcare access? Analysis of a French cross-sectional study Eur J Cancer Prev. 2008; 17:218-24.
- Fédération des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française (FGOLF). Conférence de consensus sur le dépistage du cancer du col utérin, Lille 5-6-7-8 septembre. Recommandations. J Gynécol Obstét Biol Reprod, 1990. 19: p. 1-16.
- Fordham D, McPhee SJ, Bird JA, Rodnick JE, Detmer WM, The cancer prevention reminder system. M D Comput 1990; 7: 289-95.
- Franc C, Lesur R. Systeme de rémuneration des médecins et incitation à la prévention. Revue d'économie, 2004. 55: 5; 901-22.
- Garrigues-Nazerzadeh N. Le médecin généraliste face à un patient fumeur. Rev Prat Med Gen 2002; 16(571):600-04.
- Goulard H. Boussac-Zarebska M. Ancelle-Park R. Bloch J. French colorectal cancer screening pilot programme: results of the first round. J Med Screen. 2008; 15: 143-8.
- Guilbert, P., et al., Baromètre cancer 2005. INPES ed. coll. Baromètres santé 2006, Saint-Denis. 208.
- Haute Autorité de Santé (HAS), Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique, HAS, service évaluation économique et santé publique, Janvier 2007.
- Haute Autorité de Santé (HAS), Le dépistage du cancer du sein par mammographie dans la population générale, HAS, service des recommandations professionnelles, Mars 1999.
- Hewitson P, Glasziou P, Irwig L, Towler B, Watson E. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. Cochrane Database Syst Rev 2007;(1):CD001216.
- Jourdain-Menninger D, Lignot-Leloup D. Comparaisons internationales sur la prévention sanitaire. Rapport annuel IGAS 2003. La documentation française: Paris
- Kiefe, C.I., et al., Chronic disease as a barrier to breast and cervical cancer screening. J Gen Intern Med, 1998. 13(6): p. 357-65.
- Lanoë J-L, Dumontier. Tabagisme, abus d'alcool et excès de poids. Insee Première. 2005 ; 1048 : 1-4
- Leclerc. A, Kaminski. M, Lang. T. Iinégalités face à la santé. La découverte, Editor. 2008, Paris
- Lovell S, Kearns RA, Friesen W. Sociocultural barriers to cervical screening in South Auckland, New Zealand. Soc Sci Med. 2007; 65: 138-50.
- McCaffery K, Wardle J, Nadel M, Atkin W. Socioeconomic variation in participation in colorectal cancer screening. J Med Screen. 2002;9(3):104-8.
- McDowell I, Newell C, Rosser W, Computerized Reminders to encourage cervical screening in family practice. J Fam Pract 1989; 28: 420-4.
- Miles A, Wardle J. Adverse psychological outcomes in colorectal cancer screening: does health anxiety play a role? Behav Res Ther. 2006 Aug;44(8):1117-27.
- Miller A.M., et al., Attitudes about breast cancer and mammography: racial, income, and educational differences. Women Health, 1997. 26(1): p. 41-63.
- Ornstein SM, Garr DR, Jenkins RG, Rust PF, Arnon A, Computer-Generated Physician and patient reminders. Tools to improve population adherence to selected preventive services. J Fam Pract 1991; 32: 82-90.

- Prouvost. H and Poirier. G, Influence des facteurs socio-économiques sur le recours au dépistage du cancer chez les femmes du Nord Pas-de-Calais : résultats de l'enquête décennale Santé, France, 2002,. Bull Epidemiol Hebd, 2007. 2-3: p. 17-20.
- Rosser WW, McDowell I, Newell C, Use of reminders for preventive procedures in family medicine. Can Med Assoc J 1991; 145 : 807-14.
- Sambamoorthi, U. and D.D. McAlpine, Racial, ethnic, socioeconomic, and access disparities in the use of preventive services among women. Prev Med, 2003. 37(5): p. 475-84.
- Segnan, N., Socioeconomic status and cancer screening, in Social Inequalities and Cancer, IARC, Editor. 1997, Kogevinas, NP. Susser, MM. Boffeatta, P.: Lyon, France. p. 369-376.
- Serra D. Goulard H. Duport N. Bloch J. 2008, Pratique du test de détection de sang occulte dans les selles (Hémoccult®) dans la population française, enquête décennale Santé INSEE, France 2002- 2003, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 1:1-4.
- Société Française d'Alcoologie (SFA), « Les conduites d'alcoolisation. Recommandations pour la pratique clinique », Alcoologie et Addictologie, Volume 23, Numéro 4 supplément, 2001.
- Van Doorslaer, E., C. Masseria, and X. Koolman, Inequalities in access to medical care by income in developed countries. Cmaj, 2006. 174(2): p. 177-83.
- von Wagner C, Good A, Wright D, Rachet B, Obichere A, Bloom S, Wardle J, Br J Cancer. 2009 Dec 3;101 Suppl 2:S60-3.Inequalities in colorectal cancer screening participation in the first round of the national screening programme in England.
- Wardle J, Miles A, Atkin W. Gender differences in utilization of colorectal cancer screening. J Med Screen. 2005;12(1):20-7.
- Weyer SM. Features of medical records in community practices and their association with preventive service delivery. Med Care. 2005; 43: 28-33
- Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen; 1990.

# 9 – Annexes

# 9.1 – Tableaux statistiques

# 1 - Description des médecins ayant participé à l'étude

Variable	Modalités	N (miss)	n (%)
Vague d'inclusion	1	52 (0)	32 (61,5)
	2	( )	20 (38,5)
Sexe	F	52 (0)	19 (36,5)
	Н		33 (63,5)
Age	<50	52 (0)	12 (23,1)
	[50-55[ [55-60[		12 (23,1) 17 (32,7)
	[55-60 <u>[</u> ≥ 60		11 (21,2)
Ancienneté de l'exercice (en années)	≤ 20	52 (0)	14 (26,9)
(	2	- (-)	23 (44,2)
	3		15 (28,8)
Enseignant <sup>3</sup>	Non	52 (0)	20 (38,5)
	Oui		32 (61,5)
Responsable de FMC	Non	52 (0)	38 (73,1)
	Oui		14 (26,9)
A bénéficié d'une FMC sur l'HTA	Non	52 (0)	19 (36,5)
	Oui		33 (63,5)
A bénéficié d'une FMC sur le tabagisme	Non	52 (0)	29 (55,8)
	Oui		23 (44,2)
A bénéficié d'une FMC sur l'alcool	Non	52 (0)	29 (55,8)
	Oui		23 (44,2)
A bénéficié d'une FMC sur le dépistage du cancer du col	Non	52 (0)	30 (57,7)
	Oui		22 (42,3)
A bénéficié d'une FMC sur le dépistage du cancer du sein	Non	52 (0)	31 (59,6)
	Oui		21 (40,4)
A bénéficié d'une FMC sur le dépistage du cancer colorectal	Non	52 (0)	16 (30,8)
	Oui		36 (69,2)
A participé à une enquête sur l'HTA	Non	52 (0)	39 (75,0)
	Oui		13 (25,0)
A participé à une enquête sur le tabac	Non	52 (0)	45 (86,5)
	Oui		7 (13,5)
A participé à une enquête sur l'alcool	Non	52 (0)	42 (80,8)
	Oui		10 (19,2)
A participé à une enquête sur le dépistage du cancer du col	Non	52 (0)	45 (86,5)
	Oui		7 (13,5)

<sup>3</sup> Assure des enseignements à la faculté en plus de son rôle de maître de stage

Variable	Modalités	N (miss)	n (%)
A participé à une enquête sur le dépistage du cancer du sein	Non	52 (0)	38 (73,1)
	Oui		14 (26,9)
A participé à une enquête sur le dépistage du cancer colorectal	Non	52 (0)	42 (80,8)
	Oui	. ,	10 (19,2)
Exercice en groupe	Non	52 (0)	15 (28,8)
	Oui	3_ (3)	37 (71,2)
Participe à un groupe qualité, groupe de pairs, groupe EPP	Non Oui	52 (0)	19 (36,5) 33 (63,5)
	Oui		00 (00,0)
Intérêt/compétence spécifique en HTA <sup>4</sup>	Non	52 (0)	35 (67,3)
	Perso.		15 (28,8)
	Assoc.		2 (3,8)
Intérêt/compétence spécifique en tabacologie <sup>2</sup>	Non	52 (0)	34 (65,4)
	Perso.		12 (23,1)
	Assoc.		6 (11,5)
Intérêt/compétence spécifique en alcoologie <sup>2</sup>	Non	52 (0)	37 (71,2)
	Perso.	( )	12 (23,1)
	Assoc.		3 (5,8)
Intérêt/compétence spécifique dans le dépistage du cancer du col <sup>2</sup>	Non	52 (0)	31 (59,6)
microscomponents openinque danie le depletage du cantesi du con	Perso.	0= (0)	15 (28,8)
	Assoc.		6 (11,5)
Intérêt/compétence spécifique dans le dépistage du cancer du sein <sup>2</sup>	Non	52 (0)	32 (61,5)
microscompotones openinque dane le dopietage da cantesi da com	Perso.	02 (0)	14 (26,9)
	Assoc.		6 (11,5)
Intérêt/compétence spécifique dans le dépistage du cancer colorectal <sup>2</sup>	Non	52 (0)	37 (71,2)
interest competence specifique dans le depistage du cancer colorectar	Perso.	32 (0)	13 (25,0)
	Assoc.		2 (3,8)
Intérêt/compétence spécifique en préventionl <sup>2</sup>	Non	52 (0)	15 (28,8)
interest competence specifique en preventioni	Perso.	32 (0)	31 (59,6)
	Assoc.		6 (11,5)
Durée déclarée des consultations en minutes	<20 20	52 (0)	7 (13,5) 28 (53,8)
	>20		17 (32,7)
Nombre déclaré de consultations par semaine	<80 80-100	52 (0)	15 (28,8)
	>100		23 (44,2) 14 (26,9)
	100		11 (20,0)
Nombre déclaré de visites par semaine	≤ 3	52 (0)	18 (34,6)
	4-6		19 (36,5)
	>6		15 (28,8)
Secteur conventionnel (1 ou 2)	1	52 (0)	33 (63,5)
	2		19 (36,5)
Consultations sur rendez-vous	Oui	52 (0)	52 (100,0)
CONSUMERS TO SULF FOR TO THE PORT OF THE P	Oui	02 (0)	02 (100,0)
Pourcentage de consultations sur rendez-vous	≤70	52 (0)	11 (21,2)
	>70		41 (78,8)

 $<sup>^{\</sup>rm 4}$  Intérêt ou compétence du médecin ou d'un de ses associés s'il exerce en groupe

Variable	Modalités	N (miss)	n (%)
Délai en minutes entre deux rendez-vous	15	52 (0)	13 (25,0)
	20		27 (51,9)
	30		12 (23,1)
Activité régulière différente de celle du cabinet	Non	52 (0)	22 (42,3)
	Oui		30 (57,7)
Dossiers médicaux informatisés	Non	52 (0)	6 (11,5)
	Oui		46 (88,5)
Système de rappels automatiques pour certains actes de prévention	Non	52 (0)	37 (71,2)
	Oui		15 (28,8)
Fumeur	Non	52 (0)	45 (86,5)
	Oui		7 (13,5)
Essai de réduction de la consommation dans l'année écoulée	Non	52 (0)	3 (5,8)
	Oui		4 (7,7)
	Non fumeur		45 (86,5)
Délai depuis dernier hémoccult	Jamais	52 (0)	28 (53,8)
	>2 ans		2 (3,8)
	≤2 ans		10 (19,2)
	Ss objet⁵		12 (23,1)
Délai depuis dernier frottis	>3 ans	51 (1)	6 (11,8)
	≤3 ans		12 (23,5)
	Ss objet <sup>6</sup>		33 (64,7)
Délai depuis dernière mammographie	>2 ans	52 (0)	5 (9,6)
	≤2 ans		8 (15,4)
	Ss objet <sup>7</sup>		39 (75,0)
A quel point le médecin se sent-il efficace pour traiter l'HTA ?	peu	52 (0)	1 (1,9)
	assez		47 (90,4)
	très		4 (7,7)
A quel point le médecin se sent-il efficace pour aider un fumeur ?	peu	51 (1)	22 (43,1)
	assez		28 (54,9)
	très		1 (2,0)
A quel point le médecin se sent-il efficace pour aider un patient	pas du tout	51 (1)	2 (3,9)
			22 (64.7)
Ayant un problème d'alcool ?	peu		33 (64,7) 16 (31,4)

Sans objet en raison de l'âge (< 50 ans)</li>
 Sans objet en raison du sexe
 Sans objet en raison de l'âge (<50 ans) ou du sexe</li>

# 2 – Description de l'échantillon de sujets (hommes et femmes) inclus dans l'étude

Variable	Modalités	N (miss)	n (%)	Variable	Modalités	N (miss)	n (%)
Sexe	F	3644 (0)	1819 (49,9)	Mutuelle	NON	3165 (479)	397 (12,5)
	Н	0011(0)	1825 (50,1)		OUI	0.00 ()	2768 (87,5)
Age	[40-50[	3644 (0)	1412 (38,7)	СМИ	NON	3606 (38)	3362 (93,2)
-	[50-60[	(-)	1128 (31,0)		OUI	(,	244 (6,8)
	[60-75[		1104 (30,3)				(-,-,
			(,-,	PCS <sup>€</sup>	1	3203 (441)	2 (0,1)
Lang. matern. : FR	NON	2558 (1086)	505 (19,7)		2	,	146 (4,6)
	OUI	,	2053 (80,3)		3		1358 (42,4)
					4		697 (21,8)
Couple	NON	2561 (1083)	829 (32,4)		5		681 (21,3)
	OUI		1732 (67,6)		6		319 (10,0)
Enfant(s)	NON	2560 (1084)	664 (25,9)	PCS 3 à 6	3	3055 (589)	1358 (44,5)
	OUI		1896 (74,1)		4		697 (22,8)
					5		681 (22,3)
Prévention 2aire	NON	3594 (50)	3329 (92,6)		6		319 (10,4)
	OUI		265 (7,4)				
				Paie impôt/revenu.	NON	2333 (1311)	439 (18,8)
IMC	≤ 18,5	2880 (764)	87 (3,0)		OUI		1894 (81,2)
	]18,5-25]		1493 (51,8)				
	]25-30]		918 (31,9)	Situation financière. £	1	2534 (1110)	92 (3,6)
	≥ 30		382 (13,3)		2		769 (30,3)
					3		1356 (53,5)
Diabète	NON	3569 (75)	3191 (89,4)		4		317 (12,5)
	OUI		378 (10,6)				
				RMI	NON	2605 (1039)	2551 (97,9)
Tabac	NON	3298 (346)	2360 (71,6)		OUI		54 (2,1)
	OUI		938 (28,4)	5,			
A1 173 · \\	NON			Réseau social <sup>§</sup>	1	2462 (1182)	304 (12,3)
Alcool (à risque)*	NON	3218 (426)	2421 (75,2)		2		988 (40,1)
	OUI		797 (24,8)		3		920 (37,4)
ALD <sup>\$</sup>	NON	2000 (20)	2000 (77.0)		4		250 (10,2)
ALD	NON	3606 (38)	2806 (77,8)	Problème « psy » <sup>&amp;</sup>	NON	2000 (44)	2244 (02.0)
	OUI		800 (22,2)	Probleme « psy »	NON OUI	3600 (44)	3344 (92,9)
Ancienneté du suivi	< 2 ans	2520 (115)	EAE (1E A)		001		256 (7,1)
Anciennete du Sulvi	< 2 ans ≥ 2 ans	3529 (115)	545 (15,4)	Handicap <sup>@</sup>	NON	2600 (44)	2544 (09.4)
	= £ ans		2984 (84,6)	Παπαισαρ	OUI	3600 (44)	3544 (98,4) 56 (1.6)
Nb de C depuis 1 an	< 3	3556 (88)	2289 (64,4)		001		56 (1,6)
40 0 400410 1 411	≥ 3	3330 (00)	1267 (35,6)	Maladie grave <sup>#</sup>	NON	3600 (44)	3415 (94,9)
	_0		1207 (33,0)	Maladio gravo	OUI	5000 ( <del>44</del> )	185 (5,1)
Suivi à domicile	NON	2605 (1039)	2491 (95,6)				\ <del>-</del> 1.1
	OUI	( - /	114 (4,4)	-			

Consommation d'alcool > 14 doses par semaine chez la femme et 21 doses chez l'homme (1 dose = 10 g d'alcool).

<sup>\$</sup> Affection de longue durée

<sup>€</sup> Codes des PCS: 1 = agriculteurs, 2 = artisans commerçants, chefs d'entreprise, 3 = cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 = professions intermédiaires, 5 = employés, 6 = ouvriers (codage basé sur l'emploi actuel ou à défaut sur le dernier emploi exercé, ou à défaut sur l'emploi du conjoint).

<sup>£</sup> Situation financière perçue: 1 = n'y arrive pas du tout, 2 = doit faire attention, 3 = ça va, 4 = très à l'aide.

<sup>§</sup> Le score de réseau social va de 1 (le plus restreint) à 4 (le plus étendu) en fonction des réponses à plusieurs questions (voir méthode).

<sup>&</sup>amp; Obstacle à la prévention d'origine psychiatrique ou psychologique, déclaré par le médecin.

<sup>@</sup> Obstacle à la prévention lié à un handicap physique, déclaré par le médecin.

<sup>#</sup> Obstacle à la prévention lié à une maladie grave et évolutive, déclaré par le médecin

#### 3 - Description de l'échantillon d'hommes inclus dans l'étude

Variable	Modalités	N (miss)	n (%)	Variable	Modalités	N (miss)	n (%)
Sexe	H	1825 (0)	1825 (100,0)	Mutuelle	NON OUI	1572 (253)	243 (15,5) 1329 (84,5)
Age	[40-50[ [50-60[ [60-75[	1825 (0)	699 (38,3) 563 (30,8) 563 (30,8)	СМИ	NON OUI	1806 (19)	1662 (92,0) 144 (8,0)
Lang. matern. : FR	NON OUI	1235 (590)	253 (20,5) 982 (79,5)	PCS <sup>©</sup>	1 2 3	1619 (206)	1 (0,1) 96 (5,9) 765 (47,3)
Couple	NON OUI	1233 (592)	312 (25,3) 921 (74,7)		4 5 6		297 (18,3) 194 (12,0) 266 (16,4)
Enfant(s)	NON OUI	1229 (596)	329 (26,8) 900 (73,2)	PCSP 3 à 6	3 4	1522 (303)	765 (50,3) 297 (19,5)
Prévention 2aire	NON OUI	1799 (26)	1612 (89,6) 187 (10,4)		5 6		194 (12,7) 266 (17,5)
IMC	≤ 18,5 ]18,5-25]	1411 (414)	16 (1,1) 627 (44,4)	Paie impôt/revenu.	NON OUI	1108 (717)	201 (18,1) 907 (81,9)
	]25-30] ≥ 30		582 (41,2) 186 (13,2)	Situation financière. <sup>£</sup>	1 2 3	1221 (604)	37 (3,0) 358 (29,3)
Diabète	NON OUI	1785 (40)	1527 (85,5) 258 (14,5)		4		654 (53,6) 172 (14,1)
Tabac	NON OUI	1648 (177)	1134 (68,8) 514 (31,2)	RMI	NON OUI	1261 (564)	1227 (97,3) 34 (2,7)
Alcool (à risque)*	NON OUI	1627 (198)	1108 (68,1) 519 (31,9)	Réseau social <sup>§</sup>	1 2 3 4	1189 (636)	129 (10,8) 451 (37,9) 476 (40,0)
ALD <sup>\$</sup>	NON OUI	1806 (19)	1350 (74,8) 456 (25,2)	Problème « psy » <sup>&amp;</sup>	NON	1804 (21)	133 (11,2) 1684 (93,3)
Ancienneté du suivi	< 2 ans ≥ 2 ans	1765 (60)	279 (15,8) 1486 (84,2)	Handicap <sup>@</sup>	OUI NON OUI	1804 (21)	120 (6,7) 1777 (98,5)
Nb de C depuis 1 an	< 3 ≥ 3	1776 (49)	1182 (66,6) 594 (33,4)	Maladie grave <sup>#</sup>	NON	1804 (21)	27 (1,5) 1702 (94,3)
Suivi à domicile	NON OUI	1261 (564)	1201 (95,2) 60 (4,8)		OUI		102 (5,7)

<sup>\*</sup> Consommation d'alcool > 14 doses par semaine chez la femme et 21 doses chez l'homme (1 dose = 10 g d'alcool).

<sup>\$</sup> Affection de longue durée

<sup>€</sup> Codes des PCS: 1 = agriculteurs, 2 = artisans commerçants, chefs d'entreprise, 3 = cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 = professions intermédiaires, 5 = employés, 6 = ouvriers (codage basé sur l'emploi actuel ou à défaut sur le dernier emploi exercé, ou à défaut sur l'emploi du conjoint).

<sup>£</sup> Situation financière perçue: 1 = n'y arrive pas du tout, 2 = doit faire attention, 3 = can 4 = très à l'aide.

<sup>§</sup> Le score de réseau social va de 1 (le plus restreint) à 4 (le plus étendu) en fonction des réponses à plusieurs questions (voir méthode).

<sup>&</sup>amp; Obstacle à la prévention d'origine psychiatrique ou psychologique, déclaré par le médecin.

<sup>@</sup> Obstacle à la prévention lié à un handicap physique, déclaré par le médecin.

<sup>#</sup> Obstacle à la prévention lié à une maladie grave et évolutive, déclaré par le médecin.

#### 4 - Description de l'échantillon de femmes incluses dans l'étude

Variable	Modalités	N (miss)	n (%)	Variable	Modalités	N (miss)	n (%)
Sexe	F	1819 (0)	1819 (100,0)	Mutuelle	NON OUI	1593 (226)	154 (9,7) 1439 (90,3)
Age	[40-50[ [50-60[ [60-75[	1819 (0)	713 (39,2) 565 (31,1) 541 (29,7)	СМИ	NON OUI	1800 (19)	1700 (94,4) 100 (5,6)
Lang. matern. : FR	NON OUI	1323 (496)	252 (19,0) 1071 (81,0)	$PCS^{\epsilon}$	1 2 3	1584 (235)	1 (0,1) 50 (3,2) 593 (37,4)
Couple	NON OUI	1328 (491)	517 (38,9) 811 (61,1)		4 5 6		400 (25,3) 487 (30,7) 53 (3,3)
Enfant(s)	NON OUI	1331 (488)	335 (25,2) 996 (74,8)	PCS 3 à 6	3 4	1533 (286)	593 (38,7) 400 (26,1)
Prévention 2aire	NON OUI	1795 (24)	1717 (95,7) 78 (4,3)		5 6		487 (31,8) 53 (3,5)
IMC	≤ 18,5 ]18,5-25] ]25-30]	1469 (350)	71 (4,8) 866 (59,0) 336 (22,9)	Paie impôt/revenu.	NON OUI 3	1225 (594)	238 (19,4) 987 (80,6)
Diabète	≥ 30 NON	1784 (35)	196 (13,3) 1664 (93,3)	Situation financière. <sup>£</sup>	1 2 3	1313 (506)	55 (4,2) 411 (31,3) 702 (53,5)
	OUI		120 (6,7)		4		145 (11,0)
Tabac	NON OUI	1650 (169)	1226 (74,3) 424 (25,7)	RMI	NON OUI	1344 (475)	1324 (98,5) 20 (1,5)
Alcool (à risque)*	NON OUI	1591 (228)	1313 (82,5) 278 (17,5)	Réseau social <sup>§</sup>	1 2 3	1273 (546)	175 (13,7) 537 (42,2) 444 (34,9)
ALD <sup>\$</sup>	NON OUI	1800 (19)	1456 (80,9) 344 (19,1)	Problème « psy » <sup>8</sup>	4 NON	1706 (22)	117 (9,2)
Ancienneté du suivi	< 2 ans ≥ 2 ans	1764 (55)	266 (15,1) 1498 (84,9)		OUI	1796 (23)	1660 (92,4) 136 (7,6)
Nb de C depuis 1 an	< 3	1780 (39)	1107 (62,2)	Handicap <sup>®</sup>	NON OUI	1796 (23)	1767 (98,4) 29 (1,6)
Suivi à domicile	≥3 NON OUI	1344 (475)	673 (37,8) 1290 (96,0) 54 (4,0)	Maladie grave <sup>#</sup>	NON OUI	1796 (23)	1713 (95,4) 83 (4,6)

<sup>\*</sup> Consommation d'alcool > 14 doses par semaine chez la femme et 21 doses chez l'homme (1 dose = 10 g d'alcool).

<sup>\$</sup> Affection de longue durée

<sup>€</sup> Codes des PCS: 1 = agriculteurs, 2 = artisans commerçants, chefs d'entreprise, 3 = cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 = professions intermédiaires, 5 = employés, 6 = ouvriers (codage basé sur l'emploi actuel ou à défaut sur le dernier emploi exercé, ou à défaut sur l'emploi du conjoint).

<sup>£</sup> Situation financière perçue: 1 = n'y arrive pas du tout, 2 = doit faire attention, 3 = ça va, 4 = très à l'aide.

<sup>§</sup> Le score de réseau social va de 1 (le plus restreint) à 4 (le plus étendu) en fonction des réponses à plusieurs questions (voir méthode).

<sup>&</sup>amp; Obstacle à la prévention d'origine psychiatrique ou psychologique, déclaré par le médecin.

<sup>@</sup> Obstacle à la prévention lié à un handicap physique, déclaré par le médecin.

<sup>#</sup> Obstacle à la prévention lié à une maladie grave et évolutive, déclaré par le médecin.

#### 5 - Description de l'échantillon de femmes éligibles pour le dépistage du cancer du col de l'utérus

Variable	Modalités	N (miss)	n (%)	Variable	Modalités	N (miss)	n (%)
				Mutuelle	NON	1307 (197)	124 (9,5)
Sexe	F	1504 (0)	1504 (100,0)		OUI		1183 (90,5)
Age	[40-50[	1504 (0)	702 (46,7)	СМИ	NON	1488 (16)	1404 (94,4)
	[50-60[		535 (35,6)		OUI		84 (5,6)
	[60-65[		267 (17,8)				
				PCS <sup>€</sup>	1	1317 (187)	1 (0,1)
Lang. matern. : FR	NON	1079 (425)	210 (19,5)		2		34 (2,6)
	OUI		869 (80,5)		3		519 (39,4)
					4		328 (24,9)
Couple	NON	1081 (423)	397 (36,7)		5		397 (30,1)
	OUI		684 (63,3)		6		38 (2,9)
Enfant(s)	NON	1084 (420)	281 (25,9)	PCS 3 à 6	3	1282 (222)	519 (40,5)
	OUI		803 (74,1)		4		328 (25,6)
					5		397 (31,0)
Prévention 2aire	NON	1484 (20)	1435 (96,7)		6		38 (3,0)
	OUI		49 (3,3)				,
				Paie impôt / revenu	NON	997 (507)	192 (19,3)
IMC	≤ 18,5	1198 (306)	58 (4,8)	·	OUI	, ,	805 (80,7)
	]18,5-25]		736 (61,4)				, ,
	]25-30]		251 (21,0)	Situation financière <sup>£</sup>	1	1067 (437)	51 (4,8)
	≥ 30		153 (12,8)		2	,	321 (30,1)
					3		576 (54,0)
Diabète	NON	1475 (29)	1397 (94,7)		4		119 (11,2)
	OUI		78 (5,3)		•		110 (11,2)
				RMI	NON	1093 (411)	1073 (98,2)
Tabac	NON	1352 (152)	960 (71,0)		OUI		20 (1,8)
	OUI		392 (29,0)				
				Réseau social <sup>§</sup>	1	1040 (464)	138 (13,3)
Alcool (à risque)*	NON	1304 (200)	1066 (81,7)		2		443 (42,6)
	OUI		238 (18,3)		3		361 (34,7)
¢					4		98 (9,4)
ALD <sup>\$</sup>	NON	1488 (16)	1256 (84,4)				
	OUI		232 (15,6)	Problème « psy » <sup>&amp;</sup>	NON	1484 (20)	1369 (92,3)
				, ,	OUI		115 (7,7)
Ancienneté du suivi	< 2 ans	1460 (44)	233 (16,0)				- ( , ,
	≥ 2 ans		1227 (84,0)	Handicap <sup>@</sup>	NON	1484 (20)	1465 (98,7)
				Παπαισαρ	OUI	(==,	19 (1,3)
Nb de C depuis 1 an	< 3	1472 (32)	954 (64,8)		001		10 (1,0)
	≥ 3		518 (35,2)	Maladie grave <sup>#</sup>	NON	1484 (20)	1424 (96,0)
				ivialaule grave		1707 (20)	
Suivi à domicile	NON	1093 (411)	1048 (95,9)		OUI		60 (4,0)
	OUI		45 (4,1)				

<sup>\*</sup> Consommation d'alcool > 14 doses par semaine chez la femme et 21 doses chez l'homme (1 dose = 10 g d'alcool).

<sup>\$</sup> Affection de longue durée

<sup>€</sup> Codes des PCS: 1 = agriculteurs, 2 = artisans commerçants, chefs d'entreprise, 3 = cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 = professions intermédiaires, 5 = employés, 6 = ouvriers (codage basé sur l'emploi actuel ou à défaut sur le dernier emploi exercé, ou à défaut sur l'emploi du conjoint).

<sup>£</sup> Situation financière perçue: 1 = n'y arrive pas du tout, 2 = doit faire attention, 3 = qa va, 4 = très à l'aide.

<sup>§</sup> Le score de réseau social va de 1 (le plus restreint) à 4 (le plus étendu) en fonction des réponses à plusieurs questions (voir méthode).

<sup>&</sup>amp; Obstacle à la prévention d'origine psychiatrique ou psychologique, déclaré par le médecin.

<sup>@</sup> Obstacle à la prévention lié à un handicap physique, déclaré par le médecin.

<sup>#</sup> Obstacle à la prévention lié à une maladie grave et évolutive, déclaré par le médecin.

#### 6 - Description de l'échantillon de femmes éligibles pour le dépistage du cancer du sein

Variable	Modalités	N (miss)	n (%)	Variable	Modalités	N (miss)	n (%)
	_			Mutuelle	NON	907 (127)	86 (9,5)
exe	F	1034 (0)	1034 (100,0)		OUI		821 (90,5)
ge	[50-60[	1034 (0)	542 (52,4)	CMU	NON	1023 (11)	969 (94,7)
	[60-75[		492 (47,6)		OUI		54 (5,3)
ang. matern. : FR	NON	767 (267)	138 (18,0)	PCS <sup>€</sup>	1	887 (147)	1 (0,1)
	OUI	, ,	629 (82,0)		2	, ,	39 (4,4)
					3		319 (36,0)
ouple	NON	772 (262)	324 (42,0)		4		221 (24,9)
	OUI		448 (58,0)		5 6		270 (30,4)
nfant(s)	NON	771 (263)	184 (23,9)		O		37 (4,2)
(0)	OUI	111 (200)	587 (76,1)	PCS 3 à 6	3	847 (187)	319 (37,7)
			007 (70,1)		4	017 (107)	221 (26,1)
révention 2aire	NON	1019 (15)	963 (94,5)		5		270 (31,9)
	OUI	,	56 (5,5)		6		37 (4,4)
ИC	≤ 18,5	859 (175)	41 (4,8)	Paie impôt / revenu	NON	704 (330)	132 (18,8)
	]18,5-25]	,	483 (56,2)		OUI	, ,	572 (81,3
	]25-30]		211 (24,6)	_			
	≥ 30		124 (14,4)	Situation financière <sup>£</sup>	1	757 (277)	22 (2,9)
	NON				2		235 (31,0)
iabète	NON	1013 (21)			3		414 (54,7)
	OUI		94 (9,3)		4		86 (11,4)
abac	NON	947 (87)	728 (76,9)	RMI	NON	778 (256)	772 (99,2)
	OUI	, ,	219 (23,1)		OUI	, ,	6 (0,8)
lcool (à risque)*	NON	910 (124)	744 (81,8)	Réseau social§	1	736 (298)	97 (13,2)
	OUI	,	166 (18,2)		2	, ,	303 (41,2)
			, ,		3		266 (36,1
LD <sup>\$</sup>	NON	1023 (11)	833 (81,4)		4		70 (9,5)
	OUI		190 (18,6)	2			
noionnaté du cuiul	4 O c	4000 (04)	400 (40 0)	Problème « psy » <sup>&amp;</sup>	NON	1022 (12)	
ncienneté du suivi	< 2 ans ≥ 2 ans	1000 (34)			OUI		74 (7,2)
	= 2 allo		862 (86,2)	Handicap <sup>@</sup>	NON	1022 (12)	999 (97,7)
lb de C depuis 1 an	< 3	1015 (19)	594 (58,5)	Папаюар	OUI	1022 (12)	23 (2,3)
page	≥ 3	1010 (10)	421 (41,5)				_0 (2,0)
			( , - )	Maladie grave#	NON	1022 (12)	981 (96.0
uivi à domicile	NON	778 (256)	747 (96,0)	-	OUI	` '	41 (4,0)
	OUI	` ,	31 (4,0)				,

<sup>\*</sup> Consommation d'alcool > 14 doses par semaine chez la femme et 21 doses chez l'homme (1 dose = 10 g d'alcool).

<sup>\$</sup> Affection de longue durée

<sup>€</sup> Codes des PCS: 1 = agriculteurs, 2 = artisans commerçants, chefs d'entreprise, 3 = cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 = professions intermédiaires, 5 = employés, 6 = ouvriers (codage basé sur l'emploi actuel ou à défaut sur le dernier emploi exercé, ou à défaut sur l'emploi du conjoint).

<sup>£</sup> Situation financière perçue: 1 = n'y arrive pas du tout, 2 = doit faire attention, 3 = ça va, 4 = très à l'aide.

<sup>§</sup> Le score de réseau social va de 1 (le plus restreint) à 4 (le plus étendu) en fonction des réponses à plusieurs questions (voir méthode).

<sup>&</sup>amp; Obstacle à la prévention d'origine psychiatrique ou psychologique, déclaré par le médecin.

<sup>@</sup> Obstacle à la prévention lié à un handicap physique, déclaré par le médecin.

<sup>#</sup> Obstacle à la prévention lié à une maladie grave et évolutive, déclaré par le médecin.

### 7 - Description de l'échantillon de sujets (hommes et femmes) éligibles pour le dépistage du cancer colorectal

Variable	Modalités	N (miss)	n (%)	Variable	Modalités	N (miss)	n (%)
				Mutuelle	NON	1715 (258)	221 (12,9)
Sexe	F	1973 (0)	999 (50,6)		OUI		1494 (87,1)
	Н		974 (49,4)				
				CMU	NON	1948 (25)	1820 (93,4)
Age	[50-60[	1973 (0)	1039 (52,7)		OUI		128 (6,6)
	[60-75[		934 (47,3)	_			
				PCS <sup>€</sup>	1	1708 (265)	2 (0,1)
Lang. matern. : FR	NON	1397 (576)	279 (20,0)		2		89 (5,2)
	OUI		1118 (80,0)		3		709 (41,5)
0 1	NON	1.100 (570)	450 (00.4)		4		358 (21,0)
Couple	NON	1400 (573)	453 (32,4)		5		362 (21,2)
	OUI		947 (67,6)		6		188 (11,0)
Enfant(s)	NON	1399 (574)	322 (23,0)	PCS 3 à 6	3	1617 (356)	709 (43,8)
	OUI		1077 (77,0)		4	, ,	358 (22,1)
					5		362 (22,4)
Prévention 2aire	NON	1941 (32)	1749 (90,1)		6		188 (11,6)
	OUI		192 (9,9)				
				Paie impôt / revenu	NON	1270 (703)	230 (18,1)
IMC	≤ 18,5	1577 (396)	51 (3,2)		OUI		1040 (81,9)
	]18,5-25]		763 (48,4)				
	]25-30]		523 (33,2)	Situation financière <sup>£</sup>	1	1382 (591)	40 (2,9)
	≥ 30		240 (15,2)		2		417 (30,2)
D: 1.11	NON	1000 (10)	1000 (00.0)		3		754 (54,6)
Diabète	NON	1930 (43)	1666 (86,3)		4		171 (12,4)
	OUI		264 (13,7)				
Tabac	NON	1802 (171)	1376 (76,4)	RMI	NON	1424 (549)	1405 (98,7)
Tabac	OUI	1002 (171)	426 (23,6)		OUI		19 (1,3)
	001		+20 (20,0)	8	4	4045 (000)	450 (44.0)
Alcool (à risque)*	NON	1758 (215)	1339 (76,2)	Réseau social <sup>§</sup>	1	1345 (628)	156 (11,6)
/ liobor (a rioquo)	OUI		419 (23,8)		2		526 (39,1)
	• • •		(=0,0)		3		524 (39,0)
ALD <sup>\$</sup>	NON	1948 (25)	1461 (75,0)		4		139 (10,3)
	OUI	` ,	487 (25,0)	S 11) &	NON	1045 (20)	1017 (02.4)
	00.		(20,0)	Problème « psy » <sup>&amp;</sup>	NON	1945 (28)	1817 (93,4)
Ancienneté du suivi	< 2 ans	1904 (69)	271 (14,2)		OUI		128 (6,6)
	≥ 2 ans	(00)	1633 (85,8)	@	NON	10.15 (00)	1005 (07.0)
			( , ,	Handicap <sup>@</sup>	NON	1945 (28)	1905 (97,9)
Nb de C depuis 1 an	< 3	1922 (51)	1182 (61,5)		OUI		40 (2,1)
·	≥ 3	` '	740 (38,5)	#	NON	4045 (00)	4054 (05.0)
			,	Maladie grave <sup>#</sup>	NON	1945 (28)	1851 (95,2)
Suivi à domicile	NON	1424 (549)	1359 (95,4)		OUI		94 (4,8)

- \* Consommation d'alcool > 14 doses par semaine chez la femme et 21 doses chez l'homme (1 dose = 10 g d'alcool).
- \$ Affection de longue durée
- € Codes des PCS: 1 = agriculteurs, 2 = artisans commerçants, chefs d'entreprise, 3 = cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 = professions intermédiaires, 5 = employés, 6 = ouvriers (codage basé sur l'emploi actuel ou à défaut sur le dernier emploi exercé, ou à défaut sur l'emploi du conjoint).
- £ Situation financière perçue: 1 = n'y arrive pas du tout, 2 = doit faire attention, 3 = qa va, 4 = très à l'aide.
- § Le score de réseau social va de 1 (le plus restreint) à 4 (le plus étendu) en fonction des réponses à plusieurs questions (voir méthode).
- & Obstacle à la prévention d'origine psychiatrique ou psychologique, déclaré par le médecin.
- @ Obstacle à la prévention lié à un handicap physique, déclaré par le médecin.
- # Obstacle à la prévention lié à une maladie grave et évolutive, déclaré par le médecin.

#### 8 - Description de l'échantillon d'hommes éligibles pour le dépistage du cancer colorectal

Variable	Modalités	N (miss)	n (%)	Variable	Modalités	N (miss)	n (%)
				Mutuelle	NON	841 (133)	138 (16,4)
Sexe	Н	974 (0)	974 (100,0)		OUI		703 (83,6)
Age	[50-60[		510 (52,4)	СМИ	NON	960 (14)	884 (92,1)
	[60-75[		464 (47,6)		OUI		76 (7,9)
Lang. matern. : FR	NON	662 (312)	149 (22,5)	PCS <sup>€</sup>	1	851 (123)	1 (0,1)
	OUI		513 (77,5)		2		56 (6,6)
					3		399 (46,9)
Couple	NON	663 (311)	148 (22,3)		4		147 (17,3)
	OUI		515 (77,7)		5		98 (11,5)
					6		150 (17,6)
Enfant(s)	NON	660 (314)	144 (21,8)				
	OUI		516 (78,2)	PCS 3 à 6	3	794 (180)	399 (50,3)
					4		147 (18,5)
Prévention 2aire	NON	957 (17)	816 (85,3)		5		98 (12,3)
	OUI		141 (14,7)		6		150 (18,9)
IMC	≤ 18,5	752 (222)	10 (1,3)	Paie impôt / revenu	NON	595 (379)	107 (18,0)
	]18,5-25]		294 (39,1)		OUI		488 (82,0)
	]25-30]		325 (43,2)				
	≥ 30		123 (16,4)	Situation financière <sup>£</sup>	1	655 (319)	17 (2,6)
					2		194 (29,6)
Diabète	NON	953 (21)	780 (81,8)		3		357 (54,5)
	OUI		173 (18,2)		4		87 (13,3)
Tabac	NON	887 (87)	664 (74,9)	RMI	NON	678 (296)	664 (97,9)
	OUI		223 (25,1)		OUI	- ( )	14 (2,1)
Alcool (à risque)*	NON	877 (97)	616 (70,2)	Réseau social <sup>§</sup>	1	641 (333)	64 (10,0)
	OUI		261 (29,8)	reseau social	2	011 (000)	238 (37,1)
					3		269 (42,0)
ALD <sup>\$</sup>	NON	960 (14)	684 (71,3)		4		70 (10,9)
	OUI		276 (28,8)		•		70 (10,0)
				Problème « psy » <sup>&amp;</sup>	NON	958 (16)	901 (94,1)
Ancienneté du suivi	< 2 ans	938 (36)	134 (14,3)	. ,	OUI		57 (5,9)
	≥ 2 ans		804 (85,7)				( , ,
Nh do C donuis 1 an	<b>-</b> 3	042 (22)	500 (62 6)	Handicap <sup>@</sup>	NON	958 (16)	938 (97,9)
Nb de C depuis 1 an	< 3 ≥ 3	942 (32)	599 (63,6) 343 (36,4)		OUI		20 (2,1)
Suivi à domicile	NON	678 (206)	642 (94,7)	Maladie grave <sup>#</sup>	NON	958 (16)	909 (94,9)
Sulvi a uomicile	OUI	678 (296)		Ŭ	OUI		49 (5,1)
	OUI		36 (5,3)				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·

<sup>\*</sup> Consommation d'alcool > 14 doses par semaine chez la femme et 21 doses chez l'homme (1 dose = 10 g d'alcool).

<sup>\$</sup> Affection de longue durée

<sup>€</sup> Codes des PCS: 1 = agriculteurs, 2 = artisans commerçants, chefs d'entreprise, 3 = cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 = professions intermédiaires, 5 = employés, 6 = ouvriers (codage basé sur l'emploi actuel ou à défaut sur le dernier emploi exercé, ou à défaut sur l'emploi du conjoint).

<sup>£</sup> Situation financière perçue: 1 = n'y arrive pas du tout, 2 = doit faire attention, 3 = qa va, 4 = très à l'aide.

Le score de réseau social va de 1 (le plus restreint) à 4 (le plus étendu) en fonction des réponses à plusieurs questions (voir méthode).

<sup>&</sup>amp; Obstacle à la prévention d'origine psychiatrique ou psychologique, déclaré par le médecin.

<sup>@</sup> Obstacle à la prévention lié à un handicap physique, déclaré par le médecin.

<sup>#</sup> Obstacle à la prévention lié à une maladie grave et évolutive, déclaré par le médecin.

#### 9 - Description de l'échantillon de femmes éligible pour le dépistage du cancer colorectal

Variable	Modalités	N (miss)	n (%)	Variable	Modalités	N (miss)	n (%)
				Mutuelle	NON	874 (125)	83 (9,5)
Sexe	F	999 (0)	999 (100,0)		OUI		791 (90,5)
Age	[50-60[	999 (0)	529 (53,0)	CMU	NON	988 (11)	936 (94,7)
	[60-75[		470 (47,0)		OUI		52 (5,3)
Lang. matern. : FR	NON	735 (264)	130 (17,7)	PCS <sup>€</sup>	1	857 (142)	1 (0,1)
	OUI		605 (82,3)		2		33 (3,9)
Counto	NON	727 (262)	305 (41,4)		3		310 (36,2)
Couple	NON OUI	737 (262)	432 (58,6)		4		211 (24,6)
	001		432 (30,0)		5 6		264 (30,8) 38 (4,4)
Enfant(s)	NON	739 (260)	178 (24,1)		O		30 (4,4)
	OUI		561 (75,9)	PCS 3 à 6	3	823 (176)	310 (37,7)
					4		211 (25,6)
Prévention 2aire	NON	984 (15)	933 (94,8)		5		264 (32,1)
	OUI		51 (5,2)		6		38 (4,6)
IMC	≤ 18,5	825 (174)	41 (5,0)	Paie impôt / revenu	NON	675 (324)	123 (18,2)
	]18,5-25]		469 (56,8)		OUI		552 (81,8)
	]25-30]		198 (24,0)				
	≥ 30		117 (14,2)	Situation financière <sup>£</sup>	1	727 (272)	23 (3,2)
5.134		(0.0)	000 (00 =)		2		223 (30,7)
Diabète	NON	977 (22)	886 (90,7)		3		397 (54,6)
	OUI		91 (9,3)		4		84 (11,6)
Tabac	NON	915 (84)	712 (77,8)	RMI	NON	746 (253)	741 (99,3)
	OUI		203 (22,2)		OUI	. ( )	5 (0,7)
Alcool (à risque)*	NON	881 (118)	723 (82,1)	Réseau social <sup>§</sup>	1	704 (295)	92 (13,1)
	OUI		158 (17,9)	reseau sociai	2	(===)	288 (40,9)
_					3		255 (36,2)
ALD <sup>\$</sup>	NON	988 (11)	777 (78,6)		4		69 (9,8)
	OUI		211 (21,4)				(-,-,
Anaiannaté du avivi	4 O ana	066 (22)	127 (14.2)	Problème « psy » <sup>&amp;</sup>	NON	987 (12)	916 (92,8)
Ancienneté du suivi	< 2 ans ≥ 2 ans	966 (33)	137 (14,2) 829 (85,8)		OUI		71 (7,2)
	2 2 ans		029 (03,0)	@	NON	007 (40)	007 (00 0)
Nb de C depuis 1 an	< 3	980 (19)	583 (59,5)	Handicap <sup>@</sup>	NON	987 (12)	967 (98,0)
•	≥ 3	` '	397 (40,5)		OUI		20 (2,0)
Suivi à domicile	NON	746 (253)	717 (96,1)	Maladie grave <sup>#</sup>	NON	987 (12)	942 (95,4)
Carvi a actilione	OUI	170 (200)	29 (3,9)		OUI		45 (4,6)
			- (-,-,				

<sup>\*</sup> Consommation d'alcool > 14 doses par semaine chez la femme et 21 doses chez l'homme (1 dose = 10 g d'alcool).

<sup>\$</sup> Affection de longue durée

<sup>€</sup> Codes des PCS: 1 = agriculteurs, 2 = artisans commerçants, chefs d'entreprise, 3 = cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 = professions intermédiaires, 5 = employés, 6 = ouvriers (codage basé sur l'emploi actuel ou à défaut sur le dernier emploi exercé, ou à défaut sur l'emploi du conjoint).

<sup>£</sup> Situation financière perçue: 1 = n'y arrive pas du tout, 2 = doit faire attention, 3 = qa va, 4 = très à l'aide.

Le score de réseau social va de 1 (le plus restreint) à 4 (le plus étendu) en fonction des réponses à plusieurs questions (voir méthode).

<sup>&</sup>amp; Obstacle à la prévention d'origine psychiatrique ou psychologique, déclaré par le médecin.

<sup>@</sup> Obstacle à la prévention lié à un handicap physique, déclaré par le médecin.

<sup>#</sup> Obstacle à la prévention lié à une maladie grave et évolutive, déclaré par le médecin.

### 10 - Analyse des caractéristiques des sujets (hommes et femmes) associées au tabagisme

Westerfile	NA1 - 124 /		Non	£	4:10	Mondoldo	NA1 - 17/7		Non	£	
Variable	Modalités	n	fum	fum	p-chi2	Variable	Modalités	n	fum	fum	p-chi2
•	_	4050	74.00	05.70	0.0005		OUI	2647	72.91	27.09	
Sexe	F 	1650	74.30	25.70	0,0005	0.411	NON	0005	70.04	07.00	0.0005
	Н	1648	68.81	31.19		CMU	NON	3065	72.04	27.96	0,0265
•		40.47	04.45	05.05	.0.0004		OUI	233	65.24	34.76	
Age	[40-50[	1247	64.15	35.85	<0,0001	<del>-</del>		_			
	[50-60[	1027	70.01	29.99		PCS <sup>€</sup>	1	2	100.00	0.00	0,4186
	[60-75[	1024	82.13	17.87			2	137	70.80	29.20	
							3	1293	71.62	28.38	
Lang. matern. : FR	NON	504	75.99	24.01	0,0448		4	655	71.45	28.55	
	OUI	2048	71.53	28.47			5	639	72.93	27.07	
							6	296	66.55	33.45	
Couple	NON	828	65.70	34.30	<0,0001						
	OUI	1728	75.75	24.25		PCS 3 à 6	3	1293	71.62	28.38	0,2452
							4	655	71.45	28.55	
Enfant(s)	NON	662	66.31	33.69	<0,0001		5	639	72.93	27.07	
	OUI	1892	74.63	25.37			6	296	66.55	33.45	
Prévention 2aire	NON	3032	71.17	28.83	0,1393	Paie impôt/revenu.	NON	438	64.84	35.16	<0,0001
	OUI	261	75.48	24.52			OUI	1890	74.87	25.13	
<b>IC</b>	≤ 18,5	86	58.14	41.86	<0,0001	Situation financière. £	1	92	55.43	44.57	<0,0001
	]18,5-25]	1462	69.63	30.37			2	765	68.10	31.90	
	]25-30]	898	76.06	23.94			3	1354	75.70	24.30	
	≥ 30	368	76.90	23.10			4	317	74.13	25.87	
Diabète	NON	2915	70.22	29.78	<0,0001	RMI	NON	2545	73.08	26.92	<0,0001
	OUI	360	81.39	18.61			OUI	54	40.74	59.26	
Alcool (à risque)*	NON	2325	76.95	23.05	<0,0001	Réseau social§	1	304	58.22	41.78	<0,0001
	OUI	774	56.72	43.28			2	985	71.98	28.02	
							3	920	75.11	24.89	
ALD <sup>\$</sup>	NON	2534	71.23	28.77	0,4480		4	249	80.32	19.68	
	OUI	764	72.64	27.36							
						Problème « psy » <sup>&amp;</sup>	NON	3059	72.97	27.03	<0,0001
Ancienneté du suivi	< 2 ans	474	70.25	29.75	0,5067	. ,	OUI	233	52.79	47.21	•
	≥ 2 ans	2778	71.74	28.26	,						
						Handicap <sup>@</sup>	NON	3241	71.40	28.60	0,1578
Nb de C depuis 1 an	< 3	1995	70.48	29.52	0,0877		OUI	51	80.39	19.61	-,
	≥ 3	1267	73.24	26.76	- ,			-			
	- •	0.		_00		Maladie grave#	NON	3114	71.64	28.36	0,5689
Suivi à domicile	NON	2485	72.64	27.36	0,2343	maladio giuvo	OUI	178	69.66	30.34	0,0000
Carvi a dollilolic	OUI	114	67.54	32.46	J,2J7J		301	170	00.00	JU.J <del>4</del>	
	001	114	07.04	JZ.40							
Mutualla	NON	204	64.00	25 47	0.0010						
Mutuelle	NON	381	64.83	35.17	0,0010						

<sup>\*</sup> Consommation d'alcool > 14 doses par semaine chez la femme et 21 doses chez l'homme (1 dose = 10 g d'alcool).

<sup>\$</sup> Affection de longue durée

Codes des PCS: 1 = agriculteurs, 2 = artisans commerçants, chefs d'entreprise, 3 = cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 = professions intermédiaires, 5 = employés, 6 = ouvriers (codage basé sur l'emploi actuel ou à défaut sur le dernier emploi exercé, ou à défaut sur l'emploi du conjoint).

<sup>£</sup> Situation financière perçue: 1 = n'y arrive pas du tout, 2 = doit faire attention, 3 = ça va, 4 = très à l'aide.

<sup>§</sup> Le score de réseau social va de 1 (le plus restreint) à 4 (le plus étendu) en fonction des réponses à plusieurs questions (voir méthode).

<sup>&</sup>amp; Obstacle à la prévention d'origine psychiatrique ou psychologique, déclaré par le médecin.

<sup>@</sup> Obstacle à la prévention lié à un handicap physique, déclaré par le médecin.

<sup>#</sup> Obstacle à la prévention lié à une maladie grave et évolutive, déclaré par le médecin.

#### 11 - Analyse des caractéristiques des hommes associées au tabagisme

			Non	_					Non	_	
Variable	Modalités	n	fum	fum	p-chi2	Variable	Modalités	n	fum	fum	p-chi2
						Mutuelle	NON	235	58.30	41.70	<0,0001
Sexe	Н	1648	68.81	31.19			OUI	1264	71.12	28.88	
Age	[40-50[	614	58.79	41.21	<0,0001	CMU	NON	1509	69.72	30.28	0,0090
	[50-60[	513	67.64	32.36			OUI	139	58.99	41.01	
	[60-75[	521	81.77	18.23							
						PCS <sup>€</sup>	1	1	100.00	0.00	0,3142
Lang. matern. : FR	NON	252	71.43	28.57	0,5212		2	89	69.66	30.34	
	OUI	982	69.35	30.65			3	737	71.10	28.90	
							4	272	65.44	34.56	
Couple	NON	312	59.94	40.06	<0,0001		5	178	64.04	35.96	
	OUI	920	73.04	26.96			6	245	66.94	33.06	
Enfant(s)	NON	329	61.09	38.91	<0,0001	PCSP 3 à 6	3	737	71.10	28.90	0,1452
	OUI	899	72.75	27.25			4	272	65.44	34.56	
							5	178	64.04	35.96	
Prévention 2aire	NON	1464	68.24	31.76	0,1699		6	245	66.94	33.06	
	OUI	183	73.22	26.78							
						Paie impôt/revenu.	NON	201	58.21	41.79	<0,0001
IMC	≤ 18,5	16	25.00	75.00	<0,0001		OUI	907	72.55	27.45	
	]18,5-25]	619	65.43	34.57							
	]25-30]	570	73.33	26.67		Situation financière. <sup>£</sup>	1	37	51.35	48.65	0,0016
	≥ 30	180	76.67	23.33			2	357	64.15	35.85	
							3	654	73.39	26.61	
Diabète	NON	1390	66.47	33.53	<0,0001		4	172	70.35	29.65	
	OUI	246	81.30	18.70							
						RMI	NON	1226	70.47	29.53	<0,0001
Alcool (à risque)*	NON	1058	74.86	25.14	<0,0001		OUI	34	35.29	64.71	
	OUI	501	57.88	42.12							
						Réseau social <sup>§</sup>	1	129	55.04	44.96	<0,0001
ALD <sup>\$</sup>	NON	1219	67.84	32.16	0,1527		2	450	66.89	33.11	
	OUI	429	71.56	28.44			3	476	75.21	24.79	
							4	133	73.68	26.32	
Ancienneté du suivi	< 2 ans	250	67.60	32.40	0,6510						
	≥ 2 ans	1376	69.04	30.96		Problème « psy » <sup>&amp;</sup>	NON	1534	70.14	29.86	<0,0001
							OUI	112	50.00	50.00	
Nb de C depuis 1 an	< 3	1033	66.99	33.01	0,0477	_					
	≥ 3	594	71.72	28.28		Handicap <sup>®</sup>	NON	1622	68.56	31.44	0,1210
							OUI	24	83.33	16.67	
Suivi à domicile	NON	1200	69.67	30.33	0,6222						
	OUI	60	66.67	33.33		Maladie grave <sup>#</sup>	NON	1547	68.91	31.09	0,6409
							OUI	99	66.67	33.33	

<sup>\*</sup> Consommation d'alcool > 14 doses par semaine chez la femme et 21 doses chez l'homme (1 dose = 10 g d'alcool).

<sup>\$</sup> Affection de longue durée

<sup>€</sup> Codes des PCS: 1 = agriculteurs, 2 = artisans commerçants, chefs d'entreprise, 3 = cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 = professions intermédiaires, 5 = employés, 6 = ouvriers (codage basé sur l'emploi actuel ou à défaut sur le dernier emploi exercé, ou à défaut sur l'emploi du conjoint).

<sup>£</sup> Situation financière perçue: 1 = n'y arrive pas du tout, 2 = doit faire attention, 3 = ça va, 4 = très à l'aide.

<sup>§</sup> Le score de réseau social va de 1 (le plus restreint) à 4 (le plus étendu) en fonction des réponses à plusieurs questions (voir méthode).

<sup>&</sup>amp; Obstacle à la prévention d'origine psychiatrique ou psychologique, déclaré par le médecin.

<sup>@</sup> Obstacle à la prévention lié à un handicap physique, déclaré par le médecin.

<sup>#</sup> Obstacle à la prévention lié à une maladie grave et évolutive, déclaré par le médecin.

#### 12 - Analyse des caractéristiques des femmes associées au tabagisme

			Non						Non		
Variable	Modalités	n	Fum	fum	p-chi2	Variable	Modalités	n	Fum	fum	p-chi2
						Mutuelle	NON	146	75.34	24.66	0,8338
Sexe	F	1650	74.30	25.70			OUI	1383	74.55	25.45	
Age	[40-50[	633	69.35	30.65	<0,0001	CMU	NON	1556	74.29	25.71	0,9699
	[50-60[	514	72.37	27.63			OUI	94	74.47	25.53	
	[60-75[	503	82.50	17.50		Doo <sup>€</sup>		_	100.00	0.00	0.0070
Laura matama a ED	NON	050	00.50	40.44	0.0040	PCS <sup>€</sup>	1	1	100.00	0.00	0,3672
Lang. matern. : FR	NON	252	80.56	19.44	0,0210		2	48	72.92	27.08	
	OUI	1066	73.55	26.45			3	556	72.30	27.70	
Carrala	NON	<b>540</b>	00.40	20.04	-0.0004		4	383	75.72	24.28	
Couple	NON	516	69.19	30.81	<0,0001		5	461	76.36	23.64	
	OUI	808	78.84	21.16			6	51	64.71	35.29	
Enfant(s)	NON	333	71.47	28.53	0,0757	PCS 3 à 6	3	556	72.30	27.70	0,1696
	OUI	993	76.33	23.67			4	383	75.72	24.28	
							5	461	76.36	23.64	
Prévention 2aire	NON	1568	73.92	26.08	0,1767		6	51	64.71	35.29	
	OUI	78	80.77	19.23							
						Paie impôt/revenu.	NON	237	70.46	29.54	0,0349
IMC	≤ 18,5	70	65.71	34.29	0,0081		OUI	983	77.01	22.99	
	]18,5-25]	843	72.72	27.28							
	]25-30]	328	80.79	19.21		Situation financière. <sup>£</sup>	1	55	58.18	41.82	0,0018
	≥ 30	188	77.13	22.87			2	408	71.57	28.43	
							3	700	77.86	22.14	
Diabète	NON	1525	73.64	26.36	0,0617		4	145	78.62	21.38	
	OUI	114	81.58	18.42							
						RMI	NON	1319	75.51	24.49	0,0088
Alcool (à risque)*	NON	1267	78.69	21.31	<0,0001		OUI	20	50.00	50.00	
	OUI	273	54.58	45.42		D. (	_	475	00 57	00.40	.0.0004
A. D.\$	NON	4045	74.07	05.00	0.0000	Réseau social <sup>s</sup>	1	175	60.57	39.43	<0,0001
ALD <sup>s</sup>	NON	1315	74.37	25.63	0,8980		2	535	76.26	23.74	
	OUI	335	74.03	25.97			3	444	75.00	25.00	
Ancienneté du suivi	< 2 ans	224	73.21	26.79	0,7078		4	116	87.93	12.07	
Anciennete du Sulvi	< 2 ans ≥ 2 ans	1402	73.21 74.39	26.79 25.61	0,7076	Problème « psy » <sup>&amp;</sup>	NON	1525	75.80	24.20	<0.0001
	2 2 di 15	1402	74.39	23.01		Probleme « psy »					<b>\0,000</b> I
Nb de C depuis 1 an	< 3	962	74.22	25.78	0,8657		OUI	121	55.37	44.63	
	≥ 3	673	74.59	25.41	-,	Handicap <sup>@</sup>	NON	1619	74.24	25.76	0,6768
		•					OUI	27	77.78	22.22	-,
Suivi à domicile	NON	1285	75.41	24.59	0,2512						
	OUI	54	68.52	31.48		Maladie grave <sup>#</sup>	NON	1567	74.35	25.65	0,8539
						-	OUI	79	73.42	26.58	

<sup>\*</sup> Consommation d'alcool > 14 doses par semaine chez la femme et 21 doses chez l'homme (1 dose = 10 g d'alcool).

<sup>\$</sup> Affection de longue durée

<sup>€</sup> Codes des PCS: 1 = agriculteurs, 2 = artisans commerçants, chefs d'entreprise, 3 = cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 = professions intermédiaires, 5 = employés, 6 = ouvriers (codage basé sur l'emploi actuel ou à défaut sur le dernier emploi exercé, ou à défaut sur l'emploi du conjoint).

<sup>£</sup> Situation financière perçue: 1 = n'y arrive pas du tout, 2 = doit faire attention, 3 = can 4 = très à l'aide.

<sup>§</sup> Le score de réseau social va de 1 (le plus restreint) à 4 (le plus étendu) en fonction des réponses à plusieurs questions (voir méthode).

<sup>&</sup>amp; Obstacle à la prévention d'origine psychiatrique ou psychologique, déclaré par le médecin.

<sup>@</sup> Obstacle à la prévention lié à un handicap physique, déclaré par le médecin.

<sup>#</sup> Obstacle à la prévention lié à une maladie grave et évolutive, déclaré par le médecin.

### 13 - Analyse des caractéristiques des sujets (hommes et femmes) associées à une consommation d'alcool à risque

Variable  Sexe  Age  Lang. matern. : FR  Couple	Modalités  F H [40-50[ [50-60[ [60-75[  NON OUI  NON	1591 1627 1218 998 1002 462 2002	82.53 68.10 75.45 77.35 72.85 77.06	17.47 31.90 24.55 22.65 27.15	<b>p-chi2</b> <0,0001 0,0644	Variable  Mutuelle  CMU	Modalités NON OUI NON OUI	351 2609 3002 216	72.65 74.93 75.35	27.35 25.07 24.65	<b>p-chi2</b> 0,3558 0,5675
Age Lang. matern. : FR	H [40-50] [50-60] [60-75] NON OUI	1627 1218 998 1002 462	68.10 75.45 77.35 72.85	31.90 24.55 22.65	•		OUI	2609 3002	74.93 75.35	25.07	,
Age Lang. matern. : FR	H [40-50] [50-60] [60-75] NON OUI	1627 1218 998 1002 462	68.10 75.45 77.35 72.85	31.90 24.55 22.65	•	СМИ	NON	3002	75.35		0 5675
Lang. matern. : FR	[40-50] [50-60] [60-75] NON OUI	1218 998 1002 462	75.45 77.35 72.85	24.55 22.65	0,0644	CMU				24.65	0 5675
Lang. matern. : FR	[50-60] [60-75] NON OUI	998 1002 462	77.35 72.85	22.65	0,0644	CMU				24.65	0 5675
Lang. matern. : FR	[50-60] [60-75] NON OUI	998 1002 462	77.35 72.85	22.65	0,0644		OUI	216			0,5075
J	[60-75] NON OUI	1002 462	72.85					210	73.61	26.39	
J	NON OUI	462		27.15							
J	OUI		77.06			PCS <sup>€</sup>	1	1	100.00	0.00	<0,0001
J	OUI		77.06				2	135	64.44	35.56	
J				22.94	0.0495		3	1277	71.42	28.58	
Couple	NON		72.58	27.42	,		4	642	77.41	22.59	
Counts	NIONI						5	605	82.31	17.69	
		802	72.57	27.43	0,5174		6	291	73.54	26.46	
Coupic	OUI	1664	73.80	26.20	0,0174		· ·	201	70.04	20.40	
	001	1004	70.00	20.20		PCS 3 à 6	3	1277	71.42	28.58	<0.0001
Enfant(s)	NON	650	70.15	29.85	0,0297	100040	4	642	77.41	22.59	١٥,٥٥٥ ١
Liliani(3)	OUI	1815	74.55	25.45	0,0231		5	605	82.31	17.69	
	OUI	1015	74.55	25.45			6	291	73.54	26.46	
Duft to ution Oning	NON	2005	75.04	04.70	0.0404		0	291	73.54	20.40	
Prévention 2aire	NON	2965	75.24	24.76	0,8481	Daia iran ât/na can c	NON	400	70.05	00.45	0.4070
	OUI	249	74.70	25.30		Paie impôt/revenu.	NON	406	76.85	23.15	0,1078
							OUI	1842	72.96	27.04	
IMC	≤ 18,5	82	78.05	21.95	0,8025						
	]18,5-25]	1410	73.62	26.38		Situation financière. <sup>£</sup>	1	85	68.24	31.76	0,6590
	]25-30]	877	74.69	25.31			2	731	74.28	25.72	
	≥ 30	350	74.00	26.00			3	1322	72.84	27.16	
							4	305	72.79	27.21	
Diabète	NON	2845	75.47	24.53	0,4375						
	OUI	348	73.56	26.44		RMI	NON	2454	73.51	26.49	0,2233
							OUI	53	66.04	33.96	
Tabac	NON	2228	80.30	19.70	<0.0001						
	OUI	871	61.54	38.46	,	Réseau social <sup>§</sup>	1	294	72.11	27.89	0,8867
							2	945	73.97	26.03	,
ALD <sup>\$</sup>	NON	2468	75.20	24.80	0,9421		3	894	72.60	27.40	
	OUI	750	75.33	24.67	0,0		4	242	72.73	27.27	
	00.	, 00	70.00	21.07			•		72.70		
Ancienneté du suivi	< 2 ans	451	74.94	25.06	0.9233	Problème « psy » <sup>&amp;</sup>	NON	2984	75.64	24.36	0.0362
, and dans	≥ 2 ans	2721	75.16	24.84	0,0200	1 Toblettie « pay »	OUI	229	69.43	30.57	0,0002
	2 2 di 15	2121	75.10	24.04			001	229	09.43	30.37	
Nb de C depuis 1 an	< 3	1952	76.18	23.82	0.0955	Handicap <sup>@</sup>	NON	3163	75.06	24.94	0,1462
145 de O depuis 1 all		1229			0,0900	Паписар					0,1402
	≥ 3	1229	73.56	26.44			OUI	50	84.00	16.00	
Suivi à domicile	NON	2395	73.32	26.68	0,8538	Maladie grave#	NON	3039	75.22	24.78	0,8797
	OUI	112	74.11	25.89		<del>- 9</del>	OUI	174	74.71	25.29	
							00.	114	. 7.7	_0.20	

<sup>\*</sup> Consommation d'alcool > 14 doses par semaine chez la femme et 21 doses chez l'homme (1 dose = 10 g d'alcool).

<sup>\$</sup> Affection de longue durée

<sup>€</sup> Codes des PCS: 1 = agriculteurs, 2 = artisans commerçants, chefs d'entreprise, 3 = cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 = professions intermédiaires, 5 = employés, 6 = ouvriers (codage basé sur l'emploi actuel ou à défaut sur le dernier emploi exercé, ou à défaut sur l'emploi du conjoint).

<sup>£</sup> Situation financière perçue: 1 = n'y arrive pas du tout, 2 = doit faire attention, 3 = ça va, 4 = très à l'aide.

<sup>§</sup> Le score de réseau social va de 1 (le plus restreint) à 4 (le plus étendu) en fonction des réponses à plusieurs questions (voir méthode).

<sup>&</sup>amp; Obstacle à la prévention d'origine psychiatrique ou psychologique, déclaré par le médecin.

<sup>@</sup> Obstacle à la prévention lié à un handicap physique, déclaré par le médecin.

<sup>#</sup> Obstacle à la prévention lié à une maladie grave et évolutive, déclaré par le médecin.

### 14 - Analyse des caractéristiques des hommes associées à une consommation d'alcool à risque

			Non						Non		
Variable	Modalités	n	risque	risque	p-chi2	Variable	Modalités	n	risque	risque	p-chi2
						Mutuelle	NON	224	68.75	31.25	0,6421
Sexe	Н	1627	68.10	31.90			OUI	1258	67.17	32.83	
Age	[40-50[	604	66.89	33.11	0,0701	CMU	NON	1497	67.74	32.26	0,2833
	[50-60[	507	71.99	28.01			OUI	130	72.31	27.69	
	[60-75[	516	65.70	34.30		Doo€			400.00		0.7700
	NON	000	74.04	00.00	0.0500	PCS <sup>€</sup>	1	1	100.00	0.00	0,7733
Lang. matern. : FR		238	71.01	28.99	0,0503		2	90	63.33	36.67	
	OUI	963	64.28	35.72			3	727	67.26	32.74	
							4	272	68.38	31.62	
Couple	NON	305	60.00	40.00	0,0220		5	168	66.67	33.33	
	OUI	894	67.23	32.77			6	243	70.78	29.22	
Enfant(s)	NON	321	61.37	38.63	0,0772	PCSP 3 à 6	3	727	67.26	32.74	0,7526
	OUI	875	66.86	33.14			4	272	68.38	31.62	
							5	168	66.67	33.33	
Prévention 2aire	NON	1450	67.66	32.34	0,2902		6	243	70.78	29.22	
	OUI	176	71.59	28.41							
						Paie impôt/revenu.	NON	190	71.05	28.95	0,0612
IMC	≤ 18.5	14	42.86	57.14	0,2061	·	OUI	887	63.92	36.08	•
	118,5-251	598	66.39	33.61	,						
	[25-30]	564	68.09	31.91		Situation financière. <sup>£</sup>	1	35	62.86	37.14	0.8617
	≥ 30	176	64.20	35.80			2	350	66.57	33.43	-,
							3	641	63.96	36.04	
Diabète	NON	1373	68.24	31.76	0,7218		4	164	65.24	34.76	
2.0000	OUI	240	67.08	32.92	0,. = . 0		•			0 0	
	00.		07.00	02.02		RMI	NON	1193	65.38	34.62	0.8354
Tabac	NON	1082	73.20	26.80	<0.0001	1 (1711)	OUI	33	63.64	36.36	0,000 1
rabao	OUI	477	55.77	44.23	.0,0001		001	00	00.01	00.00	
	001	711	00.77	11.20		Réseau social <sup>§</sup>	1	127	59.06	40.94	0,2941
ALD <sup>\$</sup>	< 2 ans	1200	68.17	31.83	0.9239	1100000	2	437	63.62	36.38	0,2011
ALD	≥ 2 ans	427	67.92	32.08	0,0200		3	463	67.17	32.83	
	= 2 0113	721	07.52	32.00			4	130	67.69	32.31	
Ancienneté du suivi	< 3	239	66.95	33.05	0,7170		7	100	07.00	02.01	
7 tholorimoto da Galvi	≥ 3	1365	68.13	31.87	0,7 17 0	Problème « psy » <sup>&amp;</sup>	NON	1516	68.54	31.46	0,1264
	2.0	1303	00.13	31.07		i iobieilie « psy //	OUI	109	61.47	38.53	0,1204
Nb de C depuis 1 an	NON	1024	69.53	30.47	0,0761		001	103	01.47	30.33	
20 0 00000 1 011	OUI	581	65.23	34.77	0,0701	Handicap <sup>@</sup>	NON	1602	67.98	32.02	0.5444
	501	JU 1	00.20	J <del>7</del> .11		Παπαισαρ	OUI	23	73.91	26.09	J,J-7-T
Suivi à domicile	NON	1167	65.04	34.96	0,3330		OUI	23	13.31	20.08	
Sulvi a domicile	OUI	59	71.19	34.96 28.81	0,3330	Maladie grave <sup>#</sup>	NON	1531	68.39	31.61	0,2566
	OUI	39	11.19	20.01		Malaule grave	OUI		62.77		0,2000
							OUI	94	02.77	37.23	

<sup>\*</sup> Consommation d'alcool > 14 doses par semaine chez la femme et 21 doses chez l'homme (1 dose = 10 g d'alcool).

<sup>\$</sup> Affection de longue durée

<sup>€</sup> Codes des PCS: 1 = agriculteurs, 2 = artisans commerçants, chefs d'entreprise, 3 = cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 = professions intermédiaires, 5 = employés, 6 = ouvriers (codage basé sur l'emploi actuel ou à défaut sur le dernier emploi exercé, ou à défaut sur l'emploi du conjoint).

<sup>£</sup> Situation financière perçue: 1 = n'y arrive pas du tout, 2 = doit faire attention, 3 = ça va, 4 = très à l'aide.

<sup>§</sup> Le score de réseau social va de 1 (le plus restreint) à 4 (le plus étendu) en fonction des réponses à plusieurs questions (voir méthode).

<sup>&</sup>amp; Obstacle à la prévention d'origine psychiatrique ou psychologique, déclaré par le médecin.

<sup>@</sup> Obstacle à la prévention lié à un handicap physique, déclaré par le médecin.

<sup>#</sup> Obstacle à la prévention lié à une maladie grave et évolutive, déclaré par le médecin.

### 15 - Analyse des caractéristiques des femmes associées à une consommation d'alcool à risque

			Non						Non		
Variable	Modalités	n	risque	risque	p-chi2	Variable	Modalités	n	risque	risque	p-chi2
						Mutuelle	NON	127	79.53	20.47	0,4608
Sexe	F	1591	82.53	17.47			OUI	1351	82.16	17.84	
Age	[40-50[	614	83.88	16.12	0,3213	CMU	NON	1505	82.92	17.08	0,0812
	[50-60[	491	82.89	17.11			OUI	86	75.58	24.42	
	[60-75[	486	80.45	19.55		Doo€	4	•			.0.0004
	NON	004	00.40	40.50	0.0070	PCS <sup>€</sup>	1	0			<0,0001
Lang. matern. : FR		224	83.48	16.52	0,2678		2	45	66.67	33.33	
	OUI	1039	80.27	19.73			3	550	76.91	23.09	
							4	370	84.05	15.95	
Couple	NON	497	80.28	19.72	0,6115		5	437	88.33	11.67	
	OUI	770	81.43	18.57			6	48	87.50	12.50	
Enfant(s)	NON	329	78.72	21.28	0,2365	PCS 3 à 6	3	550	76.91	23.09	<0,0001
` '	OUI	940	81.70	18.30			4	370	84.05	15.95	
							5	437	88.33	11.67	
Prévention 2aire	NON	1515	82.51	17.49	0.9446		6	48	87.50	12.50	
	OUI	73	82.19	17.81	0,0 0				000		
	001	70	02.10	17.01		Paie impôt/revenu.	NON	216	81.94	18.06	0.8421
IMC	≤ 18,5	68	85.29	14.71	0,0166	r die impositevend.	OUI	955	81.36	18.64	0,0421
IIVIO	]18,5-25]	812	78.94	21.06	0,0100		001	555	01.00	10.04	
	[16,3-25] [25-30]	313	86.58	13.42		Situation financière. £	1	50	72.00	28.00	0,4404
	]25-30] ≥ 30	174	83.91	16.09		Olluation imanciere.	2	381	81.36	18.64	0,4404
	≥ 30	1/4	03.91	10.09							
D:-1-34-	NON	4.470	00.00	47.00	0.4074		3	681	81.20	18.80	
Diabète	NON	1472	82.20	17.80	0,1274		4	141	81.56	18.44	
	OUI	108	87.96	12.04		<b>5.</b>					
						RMI	NON	1261	81.21	18.79	0,2047
Tabac	NON	1146	87.00	13.00	<0,0001		OUI	20	70.00	30.00	
	OUI	394	68.53	31.47		6					
						Réseau social <sup>§</sup>	1	167	82.04	17.96	0,3207
ALD <sup>\$</sup>	< 2 ans	1268	81.86	18.14	0,1660		2	508	82.87	17.13	
	≥ 2 ans	323	85.14	14.86			3	431	78.42	21.58	
							4	112	78.57	21.43	
Ancienneté du suivi	< 3	212	83.96	16.04	0,5367						
	≥ 3	1356	82.23	17.77		Problème « psy » <sup>&amp;</sup>	NON	1468	82.97	17.03	0.0806
						. ,	OUI	120	76.67	23.33	,
Nb de C depuis 1 an	NON	928	83.51	16.49	0,1998		- <del>-</del> -				
•	OUI	648	81.02	18.98	-,	Handicap <sup>@</sup>	NON	1561	82.32	17.68	0,1637
	<b>.</b>	3.0	31.02	.0.00		· idiidioap	OUI	27	92.59	7.41	5,1007
Suivi à domicile	NON	1228	81.19	18.81	0,4862		001	21	02.00	7.71	
Julyi a uoliliolie	OUI	53	77.36	22.64	0,7002	Maladie grave#	NON	1508	82.16	17.84	0,1308
	OUI	JJ	11.30	ZZ.U4		ivialaule grave			02.10	17.04	0,1300
							OUI	80	88.75	11.25	

<sup>\*</sup> Consommation d'alcool > 14 doses par semaine chez la femme et 21 doses chez l'homme (1 dose = 10 g d'alcool).

<sup>\$</sup> Affection de longue durée

<sup>€</sup> Codes des PCS: 1 = agriculteurs, 2 = artisans commerçants, chefs d'entreprise, 3 = cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 = professions intermédiaires, 5 = employés, 6 = ouvriers (codage basé sur l'emploi actuel ou à défaut sur le dernier emploi exercé, ou à défaut sur l'emploi du conjoint).

<sup>£</sup> Situation financière perçue: 1 = n'y arrive pas du tout, 2 = doit faire attention, 3 = ça va, 4 = très à l'aide.

<sup>§</sup> Le score de réseau social va de 1 (le plus restreint) à 4 (le plus étendu) en fonction des réponses à plusieurs questions (voir méthode).

<sup>&</sup>amp; Obstacle à la prévention d'origine psychiatrique ou psychologique, déclaré par le médecin.

<sup>@</sup> Obstacle à la prévention lié à un handicap physique, déclaré par le médecin.

<sup>#</sup> Obstacle à la prévention lié à une maladie grave et évolutive, déclaré par le médecin.

### 16 - Analyse des caractéristiques des femmes associées à un dépistage du cancer du col de l'utérus à jour

ariable	Modalités	n	oui	non	p-chi2	Variable	Modalités	n	oui	
	F	1097	79.95	20.05		Mutuelle	NON	92	61.96	38.
							OUI	972	82.30	17.7
e	[40-50[	493	82.35	17.65	0,0739					
	[50-60[	402	79.60	20.40		CMU	NON	1041	80.40	19.60
	[60-65[	202	74.75	25.25			OUI	56	71.43	28.57
ng matern FR	NON	189	75.13	24.87	0,0170	PCS <sup>€</sup>	1	1	100.00	0.00
	OUI	824	82.65	17.35			2	26	80.77	19.23
							3	437	88.10	11.90
ouple	NON	375	79.73	20.27	0,3079		4	257	80.54	19.46
	OUI	639	82.32	17.68			5	304	73.68	26.32
							6	28	57.14	42.86
nfant(s)	NON	268	79.48	20.52	0,3418					
	OUI	749	82.11	17.89		PCS 3 à 6	3	437	88.10	11.90
							4	257	80.54	19.46
évention 2aire	NON	1054	80.46	19.54	0,0698		5	304	73.68	26.32
	OUI	42	69.05	30.95			6	28	57.14	42.86
<b>ЛС</b>	≤ 18,5	53	81.13	18.87	0,0104	Paie impôt / revenu	NON	180	69.44	30.56
	]18,5-25]	643	83.51	16.49			OUI	758	84.43	15.57
	]25-30]	206	76.21	23.79						
	≥ 30	132	72.73	27.27		Situation financière <sup>£</sup>	1	49	65.31	34.69
							2	297	76.77	23.23
iabète	NON	1032	80.14	19.86	0,4711		3	540	83.70	16.30
	OUI	59	76.27	23.73			4	114	86.84	13.16
abac	NON	771	80.67	19.33	0,6734	RMI	NON	1003	81.46	18.54
	OUI	308	79.55	20.45			OUI	19	63.16	36.84
lcool (à risque)*	NON	832	80.53	19.47	0,7613	Réseau social <sup>§</sup>	1	130	73.85	26.15
	OUI	205	81.46	18.54			2	422	80.57	19.43
							3	339	83.48	16.52
LD <sup>\$</sup>	NON	915	81.09	18.91	0,0333		4	87	89.66	10.34
	OUI	182	74.18	25.82						
						Problème « psy » <sup>«</sup>	NON	1019	80.57	19.43
cienneté du suivi	< 2 ans	147	80.27	19.73	0,9989		OUI	75	70.67	29.33
	≥ 2 ans	938	80.28	19.72		Handicap <sup>@</sup>	NON	1004	00 11	10.00
o de C depuis 1 an	< 3	608	78.29	21.71	0,1487	паникар	NON OUI	1081 13	80.11 61.54	19.89 38.46
pane	≥ 3	484	81.82	18.18	-,			. •		55.10
		10-7	01.02	10.10		Maladie grave <sup>#</sup>	NON	1053	79.87	20.13
			04.07	40.00	0.0007	maladio giaro	OUI	41	80.49	19.51
uivi à domicile	NON	977	81.37	18.63	0,3297		COOL		OU 49	יריפן

<sup>\*</sup> Consommation d'alcool > 14 doses par semaine chez la femme et 21 doses chez l'homme (1 dose = 10 g d'alcool).

<sup>\$</sup> Affection de longue durée

<sup>€</sup> Codes des PCS: 1 = agriculteurs, 2 = artisans commerçants, chefs d'entreprise, 3 = cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 = professions intermédiaires, 5 = employés, 6 = ouvriers (codage basé sur l'emploi actuel ou à défaut sur le dernier emploi exercé, ou à défaut sur l'emploi du conjoint).

<sup>£</sup> Situation financière perçue: 1 = n'y arrive pas du tout, 2 = doit faire attention, 3 = qa va, 4 = très à l'aide.

<sup>§</sup> Le score de réseau social va de 1 (le plus restreint) à 4 (le plus étendu) en fonction des réponses à plusieurs questions (voir méthode).

<sup>&</sup>amp; Obstacle à la prévention d'origine psychiatrique ou psychologique, déclaré par le médecin.

<sup>@</sup> Obstacle à la prévention lié à un handicap physique, déclaré par le médecin.

<sup>#</sup> Obstacle à la prévention lié à une maladie grave et évolutive, déclaré par le médecin.

### 17 - Analyse des caractéristiques des femmes associées à un dépistage du cancer du sein à jour

Sexe         F         842         75.89         24.11         Mutuelle         NON         71         70.42         29.88         0,1928           Age         [50-60]         428         75.89         24.11         76.81         23.09         0,5390         CMU         NON         799         76.35         23.65         0,1836           Lang, matern.: FR         NON         134         73.13         26.87         0,2107         PCS <sup>6</sup> 1         1         100.00         0.00         0,0973         30.30         9.77         30.30         9.78         23.33         69.70         30.30         9.78         22.73         17.27         70.042         29.88         27.16         2.98         2.98         2.98         2.71.88         28.13         17.27         2.936         2.936         2.92         72.84         27.16         2.936         2.936         2.936         2.936         2.936         2.937         71.88         28.13         2.937         71.88         28.13         2.936         2.936         2.936         2.936         2.936         2.936         2.936         2.936         2.937         71.88         28.13         2.937         71.88         28.13         2.937 <td< th=""><th>Variable</th><th>Modalités</th><th>n</th><th>oui</th><th>non</th><th>p-chi2</th><th>Va</th><th>ariable</th><th>Modalités</th><th>n</th><th>oui</th><th>non</th><th>p-chi2</th></td<>	Variable	Modalités	n	oui	non	p-chi2	Va	ariable	Modalités	n	oui	non	p-chi2
Age							M	utuelle	NON	71	70.42	29.58	0,1928
Lang. matern. : FR NON 134 73.13 26.87 0,2107 PCS 1 1 1 100.00 0.00 0,9973 00.30 00.00 0.00 0.00 0.00 0.00 0.00	Sexe	F	842	75.89	24.11				OUI	726	77.27	22.73	
Lang. matern. : FR   NON   134   73.13   26.87   0,2107   PCS <sup>6</sup>   1   1   10,00   0,00   0,0073   0,0074   0,0	Age	[50-60[	428	75.00	25.00	0,5390	CI	ми	NON	799	76.35	23.65	0,1836
Couple		[60-75[							OUI	43	67.44		
Couple   NON   S10   74.84   25.16   0.1380   17.27   27.28   27.3   17.27   27.24   27.16   28.27   27.24   27.24   27.16   28.27   27.24	Lang. matern. : FR	NON	134	73.13	26.87	0,2107	P	CS <sup>€</sup>	1	1	100.00	0.00	0,0973
Couple         NON OUI         310 74.84 437 79.45 25.16 0.1380         4 192 76.04 23.96 23.2 72.84 27.16 6 232 77.88 28.13           Enfant(s)         NON OUI         177 76.84 23.16 77.70 22.30         O.8104 77.70 22.30         PCS 3 à 6 32 77.88 28.13         32 77.88 28.13         22.71 80.04 23.96 6 32 77.88 28.13         1.72 70.0454 23.96 6 32 77.88 28.13         1.72 70.0454 23.96 6 32 77.88 28.13         1.72 70.0454 23.96 6 32 77.88 28.13         1.72 70.0454 23.96 6 32 77.88 28.13         1.72 70.0454 23.96 6 32 77.88 28.13         1.72 70.0454 23.96 6 32 77.88 28.13         1.72 70.0454 23.96 6 32 77.88 28.13         1.72 70.0454 23.96 6 32 77.88 28.13         1.72 70.0454 23.96 6 32 77.88 28.13         1.72 70.0454 23.96 6 32 77.88 28.13         1.72 70.0454 23.96 6 32 77.88 28.13         1.72 70.0454 23.96 6 32 77.88 28.13         1.72 70.0454 23.96 6 32 77.88 28.13         1.72 70.0454 23.96 6 32 77.88 28.13         1.72 70.0454 23.96 6 32 77.88 28.13         1.72 70.0454 23.96 6 32 77.88 28.13         1.72 70.04 23.96 6 32 77.88 28.13         1.72 70.04 23.96 6 32 77.88 28.13         1.72 70.04 23.96 6 32 77.88 28.13         1.72 70.04 23.96 6 32 77.88 28.13         1.72 70.04 23.96 6 32 77.88 28.13         1.72 70.04 23.96 6 32 77.88 28.13         1.72 70.04 23.96 6 32 77.88 28.13         1.72 70.04 23.96 6 32 77.88 28.13         1.72 70.04 23.96 6 32 77.88 28.13         1.72 70.04 23.96 6 32 77.80 29.10         1.72 70.04 23.96 6 32 77.80 29.10         1.72 70.04 23.96 6 32 77.80 29.10         1.72 70.04 23.96 6 32 77.80 29.10         1.72 70.04 23.96 29.10         1.72 70.04 23.96 29.10<		OUI	604	78.15					2	33	69.70	30.30	
Enfant(s) NON 177 76.84 23.16 0.8104  Enfant(s) NON 177 76.84 23.16 0.8104  Prévention 2aire NON 794 76.07 28.93 0.5047  IMC \$\begin{array}{c c c c c c c c c c c c c c c c c c c									3	278	82.73	17.27	
Enfant(s) NON 177 76.84 23.16 0,8104 0UI 565 77.70 22.30 0,8104 0UI 565 77.70 22.30 0,0454 23.06 0UI 565 77.70 22.30 0,0454 23.06 0UI 66 71.74 28.26 0UI 66 32 71.88 28.13 0,0454 23.06 0UI 66 32 71.84 28.13 0,0454 23.06 0UI 66 32 71.88 28.13 0,0454 23.06 0UI 66 32 71.88 28.13 0,0008 24.00 0UI 550 80.91 19.09 0,0454 24.00 0UI 550 80.91 19.09 0,0008 24.00 0	Couple	NON	310	74.84	25.16	0,1380			4			23.96	
Enfant(s)		OUI	433	79.45	20.55				5	232	72.84	27.16	
Prévention 2aire         NON OUI         76.5         77.70   70.0454   70.07   23.93   70.047   70.04   70									6	32	71.88	28.13	
Prévention 2aire         NON 794 76.07 73.93 76.07 23.93 0,5047         3.93 6 5 232 72.84 27.16 76.04 23.96 71.88 28.13           IMC         ≤ 18,5 18,5 18,5 25] 43.9 78.13 21.87 125-30] 194 74.74 25.26 23.00 194 74.74 25.26 23.00 194 74.74 25.26 23.00 194 74.74 25.26 23.00 194 74.74 25.26 23.00 194 74.74 25.26 23.00 194 74.74 25.26 24.55	Enfant(s)	NON			23.16	0,8104							
Prévention 2aire         NON OUI         794 76.07 46 71.74         23.93 23.20         0,5047         5 6 32 71.88         232 72.84 27.16 6 32 71.88         27.16 28.13           IMC         ≤ 18.5 38 18.5 25 31 439 78.13 21.87 12.50 194 74.74         25.26 26 23.00 194 74.74         25.26 26 23.00 194 74.74         25.26 26 23.00 194 74.74         25.26 26 24.55 24		OUI	565	77.70	22.30		P	CS 3 à 6					0,0454
MC													
IMC	Prévention 2aire		794			0,5047							
18,5-25		OUI	46	71.74	28.26				6	32	71.88	28.13	
25-30    194   74.74   25.26   24.55   24.5	IMC	≤ 18,5	38	84.21	15.79	0,5450	Pa	aie impôt / revenu	NON	129	67.44	32.56	0,0008
≥ 30		]18,5-25]	439	78.13	21.87				OUI	550	80.91	19.09	
Diabète    NON   760   76.45   23.55   0,2940   3   397   80.35   19.65   4   83   80.72   19.28		]25-30]			25.26								
Diabète       NON OUI       760 76.45 71.05       23.55 28.95       0,2940       3 397 80.35 19.65         Tabac       NON OUI       636 76.57 23.43 26.52       0,3909       RMI       NON 742 77.76 22.24 77.76 22.24 0,0095         Alcool (à risque)*       NON OUI       643 74.81 25.19 26.52       0,0868 82.23 1.18 22.20 1.18 4.9 1.29 1.29 1.29 1.29 1.29 1.29 1.29 1.		≥ 30	110	75.45	24.55		Si	tuation financière <sup>£</sup>				45.45	0,0140
Tabac NON 636 76.57 23.43 0,3909 RMI NON 742 77.76 22.24 0,0095 OUI 181 73.48 26.52 PRINCIPLE PROBLEM OF The Problème « psy » <sup>8</sup> NON 742 77.76 22.24 0,0095 OUI 6 33.33 66.67 PRINCIPLE PROBLEM OF The Problème « psy » <sup>8</sup> NON 785 76.69 23.31 0,0361 Problème « psy » <sup>8</sup> NON 785 76.09 24.20 0,0352 Nb de C depuis 1 an 23 434 75.12 24.88 24.21 PRINCIPLE PROBLEM OUI 20 70.00 30.00 Suivi à domicile NON 720 77.50 22.50 0,7563 NON 809 76.14 23.86 0,3378 Suivi à domicile NON 720 77.50 22.50 0,7563													
Tabac NON 636 76.57 23.43 0,3909 RMI NON 742 77.76 22.24 0,0095 OUI 6 33.33 66.67 OUI 6 5 66.78 OUI 6 5 66.78 OUI 6 5 64.29 35.71 OUI 6 66 78.79 OUI 6 67 0UI 6 7 0U	Diabète					0,2940			3				
OUI 181 73.48 26.52		OUI	76	71.05	28.95				4	83	80.72	19.28	
Alcool (à risque)* NON 643 74.81 25.19 0,0868 Réseau social\$ 1 93 68.82 31.18 0,1728 2 2 292 77.40 22.60 3 260 80.00 20.00 3 260 80.00 20.	Tabac	NON	636	76.57	23.43	0,3909	RI	MI	NON	742	77.76	22.24	0,0095
OUI 146 81.51 18.49 22.60 3 260 80.00 20.00  ALD\$  NON 684 77.78 22.22 0,0077 OUI 158 67.72 32.28  Problème « psy » NON 785 76.69 23.31 0,0361  Ancienneté du suivi < 2 ans 99 74.75 25.25 0,8211 ≥ 2 ans 731 75.79 24.21  Handicap® NON 821 76.00 24.00 0,5352  Nb de C depuis 1 an < 3 434 75.12 24.88 0,5844 ≥ 3 404 76.73 23.27  Maladie grave* NON 809 76.14 23.86 0,3378  Suivi à domicile NON 720 77.50 22.50 0,7563		OUI	181	73.48	26.52				OUI	6	33.33	66.67	
OUI 146 81.51 18.49 22.60 3 260 80.00 20.00 ALD\$  ALD\$ NON 684 77.78 22.22 0,0077 4 66 78.79 21.21 Problème « psy » NON 785 76.69 23.31 0,0361 OUI 56 64.29 35.71	Alcool (à risque)*	NON	643	74.81	25.19	0.0868	Re	éseau social <sup>§</sup>	1	93	68.82	31.18	0.1728
ALD <sup>\$</sup> NON OUI 158 67.72 32.22 0,0077 OUI 158 67.72 32.28  Problème « psy » NON 785 76.69 23.31 0,0361  Ancienneté du suivi 2 ans 2 ans 731 75.79 24.21  Handicap <sup>®</sup> NON 821 76.00 24.00 0,5352  Nb de C depuis 1 an 3 434 75.12 24.88 0,5844  Suivi à domicile NON 720 77.50 22.50 0,7563		OUI	146	81.51		•			2	292	77.40		•
OUI 158 67.72 32.28 Problème « psy » NON 785 76.69 23.31 0,0361  Ancienneté du suivi <a href="#page-2">2 ans 99 74.75 25.25 0,8211</a> Problème « psy » NON 785 76.69 23.31 0,0361  OUI 56 64.29 35.71  Handicap® NON 821 76.00 24.00 0,5352  Nb de C depuis 1 an									3	260	80.00	20.00	
Ancienneté du suivi	ALD <sup>\$</sup>	NON	684	77.78	22.22	0,0077			4	66	78.79	21.21	
Ancienneté du suivi		OUI	158	67.72									
$\begin{array}{c ccccccccccccccccccccccccccccccccccc$							Pr	oblème « psy » <sup>&amp;</sup>	NON	785	76.69	23.31	0,0361
Nb de C depuis 1 an $ < 3 $ $434$ $75.12$ $24.88$ $0,5844 $ OUI $20$ $70.00$ $30.00$ $0,5352$ $0$ $0$ $0$ $0$ $0$ $0$ $0$ $0$ $0$ $0$	Ancienneté du suivi	< 2 ans	99	74.75	25.25	0,8211			OUI	56	64.29	35.71	
Nb de C depuis 1 an $\begin{array}{cccccccccccccccccccccccccccccccccccc$		≥ 2 ans	731	75.79	24.21								
≥3 404 76.73 23.27  Maladie grave <sup>#</sup> NON 809 76.14 23.86 0,3378  Suivi à domicile NON 720 77.50 22.50 0,7563 OUI 32 68.75 31.25							Ha	andicap <sup>@</sup>	NON	821	76.00	24.00	0,5352
≥3 404 76.73 23.27  Maladie grave <sup>#</sup> NON 809 76.14 23.86 0,3378  Suivi à domicile NON 720 77.50 22.50 0,7563 OUI 32 68.75 31.25	Nb de C depuis 1 an	< 3	434	75.12	24.88	0,5844			OUI	20	70.00	30.00	
Suivi à domicile NON 720 77.50 22.50 0,7563 OUI 32 68.75 31.25		≥ 3	404	76.73									
							Ma	aladie grave <sup>#</sup>					0,3378
OUI 28 75.00 25.00	Suivi à domicile	NON	720		22.50	0,7563			OUI	32	68.75	31.25	
		OUI	28	75.00	25.00								

<sup>\*</sup> Consommation d'alcool > 14 doses par semaine chez la femme et 21 doses chez l'homme (1 dose = 10 g d'alcool).

<sup>\$</sup> Affection de longue durée

<sup>€</sup> Codes des PCS: 1 = agriculteurs, 2 = artisans commerçants, chefs d'entreprise, 3 = cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 = professions intermédiaires, 5 = employés, 6 = ouvriers (codage basé sur l'emploi actuel ou à défaut sur le dernier emploi exercé, ou à défaut sur l'emploi du conjoint).

<sup>£</sup> Situation financière perçue: 1 = n'y arrive pas du tout, 2 = doit faire attention, 3 = ça va, 4 = très à l'aide.

<sup>§</sup> Le score de réseau social va de 1 (le plus restreint) à 4 (le plus étendu) en fonction des réponses à plusieurs questions (voir méthode).

<sup>&</sup>amp; Obstacle à la prévention d'origine psychiatrique ou psychologique, déclaré par le médecin.

<sup>@</sup> Obstacle à la prévention lié à un handicap physique, déclaré par le médecin.

<sup>#</sup> Obstacle à la prévention lié à une maladie grave et évolutive, déclaré par le médecin.

### 18 - Analyse des caractéristiques des sujets (hommes et femmes) associées à un dépistage du cancer colorectal à jour

Variable	Modalités	n	non	oui	p-chi2	Variable	Modalités	n	non	oui	p-chi2
Sexe	F	963	76.74	23.26	0,3752	Mutuelle	NON	217	83.41	16.59	0,0007
	Н	940	75.00	25.00	•		OUI	1463	72.59	27.41	,
Age	[50-60[	1000	80.50	19.50	<0,0001	СМИ	NON	1777	75.91	24.09	0,8956
	[60-75[	903	70.76	29.24			OUI	126	75.40	24.60	
Lang. matern. : FR	NON	277	70.40	29.60	0,7283	PCS <sup>€</sup>	1	2	100.00	0.00	0,9113
	OUI	1093	71.45	28.55			2	88 691	72.73 74.38	27.27 25.62	
Couple	NON	442	75.34	24.66	0,0205		4	351	74.07	25.93	
	OUI	931	69.28	30.72			5 6	355 185	73.52 76.76	26.48 23.24	
Enfant(s)	NON	316	74.37	25.63	0,1577		-				
	OUI	1056	70.27	29.73		PCS 3 à 6	3	691	74.38	25.62	0,8725
							4	351	74.07	25.93	
Prévention 2aire	NON	1709	76.42	23.58	0,0789		5	355	73.52	26.48	
	OUI	191	70.68	29.32			6	185	76.76	23.24	
IMC	≤ 18,5	49	71.43	28.57	0,7105	Paie impôt / revenu	NON	226	77.88	22.12	0,0255
	]18,5-25]	748	73.40	26.60			OUI	1020	70.49	29.51	
	]25-30]	514	70.82	29.18		f					
	≥ 30	236	74.15	25.85		Situation financière <sup>£</sup>	1	40	80.00	20.00	0,0754
Diahita	NON	4000	75.07	04.00	0.2220		2	407	74.94	25.06	
Diabète	NON OUI	1632 257	75.37 78.21	24.63 21.79	0,3230		3 4	743 166	69.45 66.87	30.55 33.13	
	OUI	257	70.21	21.79			4	100	00.07	JJ. 1J	
Tabac	NON	1350	73.04	26.96	0,0010	RMI	NON	1378	71.77	28.23	0,1829
	OUI	417	81.06	18.94			OUI	19	57.89	42.11	
Alcool (à risque)*	NON	1307	74.06	25.94	0,5473	Réseau social <sup>§</sup>	1	155	79.35	20.65	0,0005
	OUI	413	75.54	24.46			2	515	75.15	24.85	
							3	513	65.50	34.50	
ALD <sup>\$</sup>	NON	1426	75.53	24.47	0,5323		4	137	67.88	32.12	
	OUI	477	76.94	23.06		5 8				a	
A		000	0-	00.00	0.0440	Problème « psy » <sup>&amp;</sup>	NON	1775	75.55	24.45	0,2612
Ancienneté du suivi	< 2 ans	266	77.07	22.93	0,6149		OUI	125	80.00	20.00	
	≥ 2 ans	1597	75.64	24.36		Handicap <sup>@</sup>	NON	1864	75.70	24.30	0,2891
Nb de C depuis 1 an	< 3	1158	80.57	19.43	<0,0001		OUI	36	83.33	16.67	5,200
•	≥ 3	723	68.19	31.81	-,		-	-			
						Maladie grave <sup>#</sup>	NON	1809	75.40	24.60	0,0451
Suivi à domicile	NON	1335	71.54	28.46	0,8584	-	OUI	91	84.62	15.38	
	OUI	62	72.58	27.42							

<sup>\*</sup> Consommation d'alcool > 14 doses par semaine chez la femme et 21 doses chez l'homme (1 dose = 10 g d'alcool).

<sup>\$</sup> Affection de longue durée

<sup>€</sup> Codes des PCS: 1 = agriculteurs, 2 = artisans commerçants, chefs d'entreprise, 3 = cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 = professions intermédiaires, 5 = employés, 6 = ouvriers (codage basé sur l'emploi actuel ou à défaut sur le dernier emploi exercé, ou à défaut sur l'emploi du conjoint).

<sup>£</sup> Situation financière perçue: 1 = n'y arrive pas du tout, 2 = doit faire attention, 3 = qa va, 4 = très à l'aide.

<sup>§</sup> Le score de réseau social va de 1 (le plus restreint) à 4 (le plus étendu) en fonction des réponses à plusieurs questions (voir méthode).

<sup>&</sup>amp; Obstacle à la prévention d'origine psychiatrique ou psychologique, déclaré par le médecin.

<sup>@</sup> Obstacle à la prévention lié à un handicap physique, déclaré par le médecin.

<sup>#</sup> Obstacle à la prévention lié à une maladie grave et évolutive, déclaré par le médecin.

### 19 - Analyse des caractéristiques des sujets (hommes et femmes) associées à un dossier non renseigné pour le statut tabagique

Variable	Modalités	n	rens	non rens	p-chi2	Variable	Modalités	n	rens	non rens	p-ch
Sexe	F	1819	44.75	55.25	<0,0001	CMU	NON	3362	51.52	48.48	0,5949
	Н	1825	57.42	42.58	-,	CIVIO		244	53.28	46.72	0,5545
							OUI	244	55.20	40.72	
Age	[40-50[	1412	50.64	49.36	0,0169	PCS <sup>€</sup>	4	2	0.00	100.00	0.0000
	[50-60[	1128	54.34	45.66		PC5	1	2	0.00	100.00	0,0009
	[60-75[	1104	48.37	51.63			2	146	56.85	43.15	
							3	1358	53.98	46.02	
Lang. matern. : FR	NON	505	40.79	59.21	<0,0001		4	697	56.24	43.76	
	OUI	2053	54.21	45.79			5	681	46.11	53.89	
Couple	NON	829	51.99	48.01	0,6721		6	319	56.11	43.89	
Couple	OUI	1732	51.10	48.90	0,0721						
	001	1702	01.10	40.00		PCS 3 à 6	3	1358	53.98	46.02	0,0005
Enfant(s)	NON	664	56.17	43.83	0,0057		4	697	56.24	43.76	
· /	OUI	1896	49.95	50.05	•		5	681	46.11	53.89	
							6	319	56.11	43.89	
Prévention 2aire	NON	3329	50.83	49.17	<0,0001		Ü				
	OUI	265	63.40	36.60		Paie impôt / revenu	NON	439	50.11	49.89	0,7826
						r die impot/revend		1894	50.84	49.16	0,7020
IMC	≤ 18,5	87	49.43	50.57	0,6670		OUI	1094	30.64	49.10	
	]18,5-25]	1493	53.25	46.75		0'' '' 'E' '\ £		00	10.01	54.00	0.7047
	]25-30]	918	55.01	44.99		Situation financière <sup>£</sup>	1	92	48.91	51.09	0,7317
	≥ 30	382	52.62	47.38			2	769	50.07	49.93	
Diabète	NON	3191	51.74	48.26	0,3101		3	1356	51.99	48.01	
Diabete	OUI	378	54.50	45.50	0,3101		4	317	53.00	47.00	
	001	370	34.50	40.00							
Tabac	NON	2360	48.22	51.78	<0,0001	RMI	NON	2551	51.16	48.84	0,0052
	OUI	938	72.71	27.29	-,		OUI	54	70.37	29.63	
Alcool (à risque)*	NON	2421	50.64	49.36	<0,0001	Réseau social§	1	304	54.61	45.39	0,4501
	OUI	797	62.86	37.14			2	988	50.61	49.39	
•							3	920	51.63	48.37	
ALD <sup>\$</sup>	NON	2806	51.00	49.00	0,1509		4	250	48.00	52.00	
	OUI	800	53.88	46.13			4	200	40.00	32.00	
A maia manaké aku a wiwi		E 4 E	<b>50.04</b>	47.40	0.5750	Problème « pay » &	NON	2244	E1 07	40 N2	0.2752
Ancienneté du suivi	< 2 ans	545	52.84	47.16	0,5758	Problème « psy » <sup>&amp;</sup>	NON	3344	51.97	48.03	0,2752
	≥ 2 ans	2984	51.54	48.46			OUI	256	48.44	51.56	
Nb de C depuis 1 an	< 3	2289	51.46	48.54	0,4998						
The de e depute Tail	≥ 3	1267	52.64	47.36	0,1000	Handicap <sup>@</sup>	NON	3544	51.72	48.28	0,9924
	- <del>-</del>						OUI	56	51.79	48.21	
Suivi à domicile	NON	2491	51.18	48.82	0,0770						
	OUI	114	59.65	40.35		Maladie grave <sup>#</sup>	NON	3415	51.60	48.40	0,5146
							OUI	185	54.05	45.95	
Mutuelle	NON	397	49.62	50.38	0,4078						
	OUI	2768	51.84	48.16							

- \* Consommation d'alcool > 14 doses par semaine chez la femme et 21 doses chez l'homme (1 dose = 10 g d'alcool).
- \$ Affection de longue durée
- € Codes des PCS: 1 = agriculteurs, 2 = artisans commerçants, chefs d'entreprise, 3 = cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 = professions intermédiaires, 5 = employés, 6 = ouvriers (codage basé sur l'emploi actuel ou à défaut sur le dernier emploi exercé, ou à défaut sur l'emploi du conjoint).
- £ Situation financière perçue: 1 = n'y arrive pas du tout, 2 = doit faire attention, 3 = ça va, 4 = très à l'aide.
- § Le score de réseau social va de 1 (le plus restreint) à 4 (le plus étendu) en fonction des réponses à plusieurs questions (voir méthode).
- & Obstacle à la prévention d'origine psychiatrique ou psychologique, déclaré par le médecin.
- @ Obstacle à la prévention lié à un handicap physique, déclaré par le médecin.
- # Obstacle à la prévention lié à une maladie grave et évolutive, déclaré par le médecin.

### 20 - Analyse des caractéristiques des hommes associées à un dossier non renseigné pour le statut tabagique

Variable	Modalités	n	rens	non rens	p-chi2	Variable	Modalités	n	rens	non rens	p-chi2
Sexe	Н	1825	57.42	42.58							
Age	[40-50[	699	55.94	44.06	0,2688	Mutuelle	NON	243	57.61	42.39	0,8385
	[50-60]	563	60.21	39.79			OUI	1329	58.31	41.69	
	[60-75[	563	56.48	43.52							
						CMU	NON	1662	57.34	42.66	0,0441
Lang. matern. : FR	NON	253	49.41	50.59	0,0024		OUI	144	65.97	34.03	
	OUI	982	59.98	40.02							
						PCS <sup>€</sup>	1	1	0.00	100.00	0,8252
Couple	NON	312	59.94	40.06	0,3827		2	96	57.29	42.71	
	OUI	921	57.11	42.89			3	765	59.87	40.13	
							4	297	60.61	39.39	
Enfant(s)	NON	329	62.01	37.99	0,0930		5	194	58.76	41.24	
	OUI	900	56.67	43.33			6	266	57.89	42.11	
Prévention 2aire	NON	1612	56.89	43.11	0,0009	PCS 3 à 6	3	765	59.87	40.13	0,9141
	OUI	187	69.52	30.48			4	297	60.61	39.39	
							5	194	58.76	41.24	
IMC	≤ 18,5	16	56.25	43.75	0,5958		6	266	57.89	42.11	
	]18,5-25]	627	60.61	39.39							
	]25-30]	582	61.34	38.66		Paie impôt /	NON	201	60.20	39.80	0,4394
	≥ 30	186	55.91	44.09		revenu	OUI	907	57.22	42.78	
Diabète	NON	1527	58.09	41.91	0,4045		001	001	01.22	42.70	
	OUI	258	60.85	39.15	.,	Situation financière <sup>£</sup>	1	37	62.16	37.84	0,6500
Tabac	NON	1134	56.61	43.39	<0,000		2	358	59.50	40.50	
Tabao	NON	1104	00.01	40.00	1		3	654	56.27	43.73	
	OUI	514	74.71	25.29			4	172	59.88	40.12	
Alcool (à risque)*	NON	1108	56.77	43.23	<0,000	RMI	NON	1227	57.54	42.46	0,0108
(					1		OUI	34	79.41	20.59	
	OUI	519	67.82	32.18		s c					
\$						Réseau social <sup>§</sup>	1	129	63.57	36.43	0,2424
ALD <sup>\$</sup>	NON	1350	57.11	42.89	0,1739		2	451	57.87	42.13	
	OUI	456	60.75	39.25			3	476	57.35	42.65	
Ancienneté du	< 2 ans	279	62.01	37.99	0,1913		4	133	51.13	48.87	
suivi	2 0110	2.0	02.01	07.00	0,1010	Problème « psy » <sup>&amp;</sup>	NON	1684	58.14	41.86	0,8916
	≥ 2 ans	1486	57.81	42.19		. resiente « pej »	OUI	120	57.50	42.50	0,00.0
Nb de C depuis 1	< 3	1182	57.02	42.98	0,1138	Handicap <sup>@</sup>	NON	1777	58.19	41.81	0,5078
an					• • •	Παπαισαρ	OUI	27	51.85	48.15	0,5076
	≥ 3	594	60.94	39.06			501	<u> </u>	51.05	70.10	
						Maladie grave <sup>#</sup>	NON	1702	58.05	41.95	0,8777
Suivi à domicile	NON	1201	57.79	42.21	0,2689	-	OUI	102	58.82	41.18	
	OUI	60	65.00	35.00							

<sup>\*</sup> Consommation d'alcool > 14 doses par semaine chez la femme et 21 doses chez l'homme (1 dose = 10 g d'alcool).

<sup>\$</sup> Affection de longue durée

<sup>€</sup> Codes des PCS: 1 = agriculteurs, 2 = artisans commerçants, chefs d'entreprise, 3 = cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 = professions intermédiaires, 5 = employés, 6 = ouvriers (codage basé sur l'emploi actuel ou à défaut sur le dernier emploi exercé, ou à défaut sur l'emploi du conjoint).

<sup>£</sup> Situation financière perçue: 1 = n'y arrive pas du tout, 2 =doit faire attention, 3 =ça va, 4 =très à l'aide.

<sup>§</sup> Le score de réseau social va de 1 (le plus restreint) à 4 (le plus étendu) en fonction des réponses à plusieurs questions (voir méthode).

<sup>&</sup>amp; Obstacle à la prévention d'origine psychiatrique ou psychologique, déclaré par le médecin.

<sup>@</sup> Obstacle à la prévention lié à un handicap physique, déclaré par le médecin.

<sup>#</sup> Obstacle à la prévention lié à une maladie grave et évolutive, déclaré par le médecin.

### 21 - Analyse des caractéristiques des femmes associées à un dossier non renseigné pour le statut tabagique

Seeke   F   1819   44.75   55.25   Mutuelle   NON   154   37.01   62.99   0,0358	Mariabla	Madaliti'a			non	6:0	Variable	Madalit's			non	k10
Sexe   F   1819   44.75   55.25   CMU   1439   45.87   54.13   CMU   1700   45.82   54.18   0.0346   1700   1700   1810   1810   1811   1810   1810   1811   1811   1810   1811	variable	Modalites	n	rens	rens	p-cni2						p-chi2
Age	0	_	4040	44.75	FF 0F		Mutuelle					0,0358
[50-60]   565   48.50   51.50   60.07	Sexe	F	1819	44.75	55.25			OUI	1439	45.87	54.13	
[50-60]   565   48.50   51.50   60.07	Age	[40-50]	713	45.44	54.56	0,0147	CMU	NON	1700	45.82	54.18	0,0346
February	_	[50-60]	565	48.50	51.50			OUI	100	35.00	65.00	
Lang. matern. : FR NON 252 32.14 67.86		[60-75[	541	39.93	60.07							
OUI 1071 48.93 51.07							PCS <sup>€</sup>					0,0094
Couple NON 517 47.20 52.80 0,2959	Lang. matern. : FR					<0,0001						
Couple   NON   517   47.20   52.80   0.2959   5   487   41.07   58.93   58.93   47.17   52.83   50.45   49.55   0.0367   PCS 3 à 6   3   593   46.37   53.63   0.0056   50.001   996   43.88   56.12   4   400   53.00   47.00   53.00   47.00   53.00   47.00   54.07   52.83   74.17   74.17   74.17   74.17   74.17   74.17   74.17   74.17   74.17   74.17   74.17   74.17   74.17   74		OUI	1071	48.93	51.07			3	593	46.37	53.63	
Enfant(s)  NON  335  OUI  996  43.88  56.12  Frevention 2aire  NON  1717  78.14  44.05  51.28  NON  OUI  78  48.72  51.28  NON  OUI  78  48.72  51.28  Paie impôt/revenu.  NON  1818-5-25   1866  47.92  52.08  182-30   196  44.05  55.95  0UI  190  40.405  55.95  NON  19120  40.405  50.51  RMI  NON  1313  45.47  55.23  NON  OUI  278  82.11  0.5839  18120  1								4	400	53.00	47.00	
Enfant(s)  NON OUI 996 43.88 56.12  Prévention 2aire NON OUI 78 48.72 51.28  MC  125.30 18.5-25] 866 47.92 52.08  125.30 196 49.49 50.51  126.30 196 49.49 50.51  Tabac NON NON 1226 NON NON 1226 NON NON 1226 NON NON NON 1226 NON NON 1226 NON NON NON 1226 NON NON NON 1226 NON NON NON 1226 NON NON 1234 NON NON 1226 NON NON 1226 NON NON 1234 NON NON 1226 NON NON 1226 NON NON 1234 NON NON 1246 NON NON 1256 NON NON 1266 NON NON 1276 NON NON 1276 NON 1276 NON 1286 NON 1286 NON NON 1456 NON NON 1456 NON NON 1456 NON 1456 NON NON NON 1456 NON NON NON 1456 NON NON NON NON 1456 NON NON NON NON NON NON NON NON NON NO	Couple	NON	517	47.20	52.80	0,2959		5	487	41.07	58.93	
OUI 996 43.88 56.12 Prévention 2aire NON 1717 45.14 54.86 OLI 78 48.72 51.28  MC ≤18.5 71 47.89 52.11 0,5839 OLI 987 44.98 55.02    18.5-25] 866 47.92 52.08   Paie impôt/revenu. ONN 238 41.60 88.40 0,3449     18.5-25] 866 47.92 52.08   Situation financière. 1 55 40.00 60.00 0,1968     25.30 196 49.49 50.51   Situation financière. 1 55 40.00 60.00 0,1968     230 196 49.49 50.51   Situation financière. 1 55 40.00 60.00 0,1968     230 196 49.49 50.51   Situation financière. 1 55 40.00 60.00 0,1968     230 196 49.49 50.51   Situation financière. 1 55 40.00 60.00 0,1968     230 196 49.49 50.51   Situation financière. 1 55 40.00 60.00 0,1968     24 111 41.85 58.15   Situation financière. 1 55 40.00 60.00 0,1968     25 40.01 120 40.83 59.17   Situation financière. 1 175 48.00 55.17     25 55.00 45.00   Situation financière. 2 1 175 48.00 55.17     25 55.00 45.00   Situation financière. 3 1 175 48.00 55.00 45.00     25 55.00 45.00   Situation financière. 3 1 175 48.00 52.00 0,8750     25 55.00 45.00   Situation financière. 3 1 175 48.00 52.00 0,8750     25 55.00 45.00   Situation financière. 3 1 175 48.00 52.00 0,8750     25 55.00 45.00   Situation financière. 3 1 175 48.00 52.00 0,8750     25 55.00 45.00   Situation financière. 5 1 175 48.00 52.00 0,8750     25 55.00 45.00   Situation financière. 5 1 175 48.00 52.00 0,8750     25 55.00 45.00   Situation financière. 5 1 175 48.00 52.00 0,8750     25 55.00 45.00   Situation financière. 5 1 175 48.00 52.00 0,8750     25 55.00 45.00   Situation financière. 5 1 175 48.00 52.00 0,8750     25 55.00 45.00   Situation financière. 5 1 185 44.83 55.17     25 55.00 45.00   Situation financière. 5 1 185 44.83 55.17     25 55.00 45.00   Situation financière. 5 1 185 44.83 55.17     25 55.00 45.00   Situation financière. 5 1 185 48.20   Situation financière.		OUI	811	44.27	55.73			6	53	47.17	52.83	
OUI 996 43.88 56.12 Prévention 2aire NON 1717 45.14 54.86 OLI 78 48.72 51.28  MC ≤18.5 71 47.89 52.11 0,5839 OLI 987 44.98 55.02    18.5-25] 866 47.92 52.08   Paie impôt/revenu. ONN 238 41.60 88.40 0,3449     18.5-25] 866 47.92 52.08   Situation financière. 1 55 40.00 60.00 0,1968     25.30 196 49.49 50.51   Situation financière. 1 55 40.00 60.00 0,1968     230 196 49.49 50.51   Situation financière. 1 55 40.00 60.00 0,1968     230 196 49.49 50.51   Situation financière. 1 55 40.00 60.00 0,1968     230 196 49.49 50.51   Situation financière. 1 55 40.00 60.00 0,1968     230 196 49.49 50.51   Situation financière. 1 55 40.00 60.00 0,1968     24 111 41.85 58.15   Situation financière. 1 55 40.00 60.00 0,1968     25 40.01 120 40.83 59.17   Situation financière. 1 175 48.00 55.17     25 55.00 45.00   Situation financière. 2 1 175 48.00 55.17     25 55.00 45.00   Situation financière. 3 1 175 48.00 55.00 45.00     25 55.00 45.00   Situation financière. 3 1 175 48.00 52.00 0,8750     25 55.00 45.00   Situation financière. 3 1 175 48.00 52.00 0,8750     25 55.00 45.00   Situation financière. 3 1 175 48.00 52.00 0,8750     25 55.00 45.00   Situation financière. 3 1 175 48.00 52.00 0,8750     25 55.00 45.00   Situation financière. 5 1 175 48.00 52.00 0,8750     25 55.00 45.00   Situation financière. 5 1 175 48.00 52.00 0,8750     25 55.00 45.00   Situation financière. 5 1 175 48.00 52.00 0,8750     25 55.00 45.00   Situation financière. 5 1 175 48.00 52.00 0,8750     25 55.00 45.00   Situation financière. 5 1 175 48.00 52.00 0,8750     25 55.00 45.00   Situation financière. 5 1 185 44.83 55.17     25 55.00 45.00   Situation financière. 5 1 185 44.83 55.17     25 55.00 45.00   Situation financière. 5 1 185 44.83 55.17     25 55.00 45.00   Situation financière. 5 1 185 48.20   Situation financière.	[-ft/-)	NON	225	FO 4F	40.55	0.0007	DOC 2 + C	2	500	40.07	F2 C2	0.0050
Prévention 2aire NON 1717 45.14 54.86 0,5343 6 6 53 47.17 52.83 77.1 47.89 52.11 0,5839 125.30 196 47.92 52.08 125.30 196 49.49 50.51 0,5839 125.30 196 49.49 50.51 0,5839 125.40 0,011 120 40.83 59.17	Enrant(s)					0,0367	PCS 3 a b					0,0056
Prévention 2 aire NON OUI 78 45.14 54.86 0,5343 66 48.72 51.28 78		OUI	996	43.88	56.12							
OUI 78 48.72 51.28  MC ≤18,5 71 47.89 52.11 0,5839  MC   18,5-25  866 47.92 52.08   25-30  336 44.05 55.95   25.08   25-30  336 44.05 55.95   26.08	5											
MC	Prévention 2aire					0,5343		6	53	47.17	52.83	
MC ≤ 18,5 71 47.89 52.11 0,5839		OUI	78	48.72	51.28							
18,5-25    866   47.92   52.08   25.08   25.30    336   44.05   55.95   5.95							Paie impôt/revenu.					0,3449
25-30		,				0,5839			987	44.98	55.02	
≥ 30   196   49.49   50.51   2   411   41.85   58.15   51.99   51.99   51.99   51.99   51.99   51.99   51.81   51.81   51.99   51.81   51.8							2					
Diabète NON 1664 45.91 54.09 0,2805 4 145 44.83 55.17		]25-30]	336				Situation financière.*					0,1968
Diabète         NON OUI         1664   45.91   54.09   40.83   59.17         0,2805   80.001         4         145   44.83   55.17         44.83   55.17         55.17           Tabac         NON OUI   424   70.28   29.72   70.28   29.72         RMI NON   1324   45.24   54.76   0,3843         0,3843         0UI   20   55.00   45.00   0.8750         0UI   20   55.00   45.00   0.8750         0.8750         Alcool (à risque)*         NON   1313   45.47   54.53   0,0136   2   537   44.51   55.49   0.8750         2   537   44.51   55.49   0.8750         44.41   45.50   54.50   45.50   54.50   0.8750         AlLD*         NON   1456   45.33   54.67   0.8505   0.8505   0.001   344   44.77   55.23   0.8505   0.2342         Problème « psy » <sup>4</sup> NON   1660   45.72   54.28   0.2342         0.2342           Ancienneté du suivi   2 ans   266   43.23   54.67   22 ans   266   43.23   54.67   0.5270   22 ans   1498   45.33   54.67   0.9316   22 ans   23 ans		≥ 30	196	49.49	50.51							
OUI 120 40.83 59.17  Tabac NON 1226 40.46 59.54 <0,0001 OUI 424 70.28 29.72  Alcool (à risque)* NON 1313 45.47 54.53 0,0136 OUI 278 53.60 46.40  ALD\$ NON 1456 45.33 54.67 0,8505 OUI 344 44.77 55.23 Problème « psy » NON 1660 45.72 54.28 0,2342  Ancienneté du suivi <a href="#">2 ans 266 43.23 56.77 0,5270</a> Problème « psy » NON 1767 45.22 54.78 0,4851 Nb de C depuis 1 an <a href="#">3 1107 45.53 54.67 0,9316</a> NON 1290 45.04 54.96 0,2102										48.01		
RMI	Diabète	NON	1664	45.91	54.09	0,2805		4	145	44.83	55.17	
Tabac NON 0UI 424 70.28 29.72		OUI	120	40.83	59.17							
OUI 424 70.28 29.72  Alcool (à risque)* NON 1313 45.47 54.53 0,0136 OUI 278 53.60 46.40  ALD\$  NON 1456 45.33 54.67 0,8505 OUI 344 44.77 55.23  Ancienneté du suivi < 2 ans ≥ 2 ans 1498 45.33 54.67 Nb de C depuis 1 an ≤ 3 1107 45.53 54.47 Suivi à domicile  NON 1290 45.04 54.96 0,2102  Réseau social\$  1 175 48.00 52.00 0,8750  Réseau social\$  1 175 48.00 52.00 0,8750  Problème « psy » 8 NON 175 44.51 55.49  NON 1660 45.72 54.28 0,2342  NON 1767 45.22 54.78 0,4851  NON 1767 45.22 54.78 0,4851							RMI	NON	1324	45.24	54.76	0,3843
Alcool (à risque)* NON 1313 45.47 54.53 0,0136 2 537 44.51 55.49 OUI 278 53.60 46.40 0,8505 ALD\$ Problème « psy » NON 1660 45.72 54.28 0,2342 OUI 344 44.77 55.23 Problème « psy » NON 1660 45.72 54.28 0,2342 OUI 136 40.44 59.56 Ancienneté du suivi 2 ans 266 43.23 56.77 0,5270 2 ans 1498 45.33 54.67	Tabac	NON	1226	40.46	59.54	<0,0001		OUI	20	55.00	45.00	
Alcool (à risque)* NON 1313 45.47 54.53 0,0136 2 537 44.51 55.49 OUI 278 53.60 46.40 3 444 45.50 54.50 ALD\$  NON 1456 45.33 54.67 0,8505 OUI 344 44.77 55.23 Problème « psy » NON 1660 45.72 54.28 0,2342 OUI 136 40.44 59.56 Ancienneté du suivi < 2 ans 266 43.23 56.77 0,5270 2 2 ans 1498 45.33 54.67 Problème « psy » NON 1767 45.22 54.78 0,4851 OUI 29 51.72 48.28 OUI 29 51.81 OUI 29 51.81		OUI	424	70.28	29.72							
OUI 278 53.60 46.40 3 444 45.50 54.50 ALD\$  NON 1456 45.33 54.67 0,8505 OUI 344 44.77 55.23 Problème « psy » NON 1660 45.72 54.28 0,2342  Ancienneté du suivi < 2 ans 266 43.23 56.77 0,5270 ≥ 2 ans 1498 45.33 54.67 Handicap® NON 1767 45.22 54.78 0,4851 OUI 29 51.72 48.28  Nb de C depuis 1 an < 3 1107 45.53 54.47 0,9316 ≥ 3 673 45.32 54.68 Maladie grave NON 1713 45.18 54.82 0,5907 OUI 83 48.19 51.81  Suivi à domicile NON 1290 45.04 54.96 0,2102							Réseau social <sup>§</sup>	1	175	48.00	52.00	0,8750
OUI 278 53.60 46.40 3 444 45.50 54.50 ALD\$  NON 1456 45.33 54.67 0,8505 OUI 344 44.77 55.23 Problème « psy » NON 1660 45.72 54.28 0,2342  Ancienneté du suivi < 2 ans 266 43.23 56.77 0,5270 ≥ 2 ans 1498 45.33 54.67 Handicap® NON 1767 45.22 54.78 0,4851 OUI 29 51.72 48.28  Nb de C depuis 1 an < 3 1107 45.53 54.47 0,9316 ≥ 3 673 45.32 54.68 Maladie grave NON 1713 45.18 54.82 0,5907 OUI 83 48.19 51.81  Suivi à domicile NON 1290 45.04 54.96 0,2102	Alcool (à risque)*	NON	1313	45.47	54.53	0,0136		2	537	44.51	55.49	
ALD <sup>\$</sup> NON OUI 344 44.77 55.23 Problème « psy » <sup>8</sup> NON OUI 136 45.72 54.28 0,2342 OUI 136 40.44 59.56  Ancienneté du suivi < 2 ans 266 2 ans 1498 2 ans 1498 45.33 54.67 OUI 29 51.72 48.28  NON OUI 29 51.81	` ' /	OUI	278	53.60	46.40			3	444	45.50	54.50	
OUI 344 44.77 55.23 Problème « psy » NON 1660 45.72 54.28 0,2342  Ancienneté du suivi < 2 ans 266 43.23 56.77 0,5270 ≥ 2 ans 1498 45.33 54.67 Handicap NON 1767 45.22 54.78 0,4851  Nb de C depuis 1 an < 3 1107 45.53 54.47 0,9316 ≥ 3 673 45.32 54.68 Maladie grave NON 1713 45.18 54.82 0,5907  Suivi à domicile NON 1290 45.04 54.96 0,2102									117	44.44	55.56	
OUI 344 44.77 55.23 Problème « psy » NON 1660 45.72 54.28 0,2342  Ancienneté du suivi < 2 ans 266 43.23 56.77 0,5270 ≥ 2 ans 1498 45.33 54.67 Handicap NON 1767 45.22 54.78 0,4851  Nb de C depuis 1 an < 3 1107 45.53 54.47 0,9316 ≥ 3 673 45.32 54.68 Maladie grave NON 1713 45.18 54.82 0,5907  Suivi à domicile NON 1290 45.04 54.96 0,2102	ALD <sup>\$</sup>	NON	1456	45.33	54.67	0.8505						
Ancienneté du suivi						-,	Problème « psv » <sup>&amp;</sup>	NON	1660	45.72	54.28	0.2342
Ancienneté du suivi			•									-,
≥ 2 ans 1498 45.33 54.67 Handicap <sup>®</sup> NON 1767 45.22 54.78 0,4851 OUI 29 51.72 48.28  Nb de C depuis 1 an ≥ 3 1107 45.53 54.47 0,9316 ≥ 3 673 45.32 54.68 Maladie grave <sup>#</sup> NON 1713 45.18 54.82 0,5907 OUI 83 48.19 51.81  Suivi à domicile NON 1290 45.04 54.96 0,2102	Ancienneté du suivi	< 2 ans	266	43 23	56 77	0.5270		<b>.</b>			00.00	
OUI 29 51.72 48.28  Nb de C depuis 1 an < 3 1107 45.53 54.47 0,9316  ≥ 3 673 45.32 54.68 Maladie grave <sup>#</sup> NON 1713 45.18 54.82 0,5907  OUI 83 48.19 51.81  Suivi à domicile NON 1290 45.04 54.96 0,2102	, and on note du curr					0,0270	Handican <sup>@</sup>	NON	1767	45 22	54 78	0.4851
Nb de C depuis 1 an < 3 1107 45.53 54.47 0,9316 ≥ 3 673 45.32 54.68 Maladie grave <sup>#</sup> NON 1713 45.18 54.82 0,5907 OUI 83 48.19 51.81 Suivi à domicile NON 1290 45.04 54.96 0,2102		- 2 and	1-100	10.00	54.01		Hallaloup					3,4001
≥ 3 673 45.32 54.68 Maladie grave <sup>#</sup> NON 1713 45.18 54.82 0,5907 OUI 83 48.19 51.81 Suivi à domicile NON 1290 45.04 54.96 0,2102	Nh de C denuis 1 an	< 3	1107	45 53	54 47	0.9316		<b>50</b> 1	20	51.72	70.20	
OUI 83 48.19 51.81 Suivi à domicile NON 1290 45.04 54.96 0,2102	145 ac o achais i all					0,0010	Maladie grave <sup>#</sup>	NON	1712	<i>1</i> 5 19	54.82	0.5007
Suivi à domicile NON 1290 45.04 54.96 0,2102		<u>-</u> J	0/3	+0.02	J <del>4</del> .00		Malaule grave					0,5807
	Suivi à dominile	NON	1200	45 O4	54.06	0.2102		001	00	+0.13	31.01	
	Julyi a doilliche	OUI	1290 54	53.70	46.30	0,2102						

<sup>\*</sup> Consommation d'alcool > 14 doses par semaine chez la femme et 21 doses chez l'homme (1 dose = 10 g d'alcool).

<sup>\$</sup> Affection de longue durée

<sup>€</sup> Codes des PCS: 1 = agriculteurs, 2 = artisans commerçants, chefs d'entreprise, 3 = cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 = professions intermédiaires, 5 = employés, 6 = ouvriers (codage basé sur l'emploi actuel ou à défaut sur le dernier emploi exercé, ou à défaut sur l'emploi du conjoint).

<sup>£</sup> Situation financière perçue: 1 = n'y arrive pas du tout, 2 = doit faire attention, 3 = ça va, 4 = très à l'aide.

<sup>§</sup> Le score de réseau social va de 1 (le plus restreint) à 4 (le plus étendu) en fonction des réponses à plusieurs questions (voir méthode).

<sup>&</sup>amp; Obstacle à la prévention d'origine psychiatrique ou psychologique, déclaré par le médecin.

<sup>@</sup> Obstacle à la prévention lié à un handicap physique, déclaré par le médecin.

<sup>#</sup> Obstacle à la prévention lié à une maladie grave et évolutive, déclaré par le médecin.

### 22 - Analyse des caractéristiques des sujets (hommes et femmes) associées à un dossier non renseigné pour le risque alcool

Variable	Modalités	n	rens	non rens	p-chi2	Variable	Modalités	n	rens	non rens	p-chi2
Sexe	F	1819	18.58	81.42	<0,0001	Mutuelle	NON	397	25.94	74.06	0,6169
COAC	Н	1825	31.01	68.99	3,000.	Matache	OUI	2768	24.78	75.22	0,0.00
Age	[40-50[	1412	24.01	75.99	0,1092	CMU	NON	3362	24.66	75.34	0,0344
	[50-60[	1128	27.04	72.96			OUI	244	30.74	69.26	
	[60-75[	1104	23.55	76.45		DOO€	4	2	0.00	100.00	0.0076
Lang. matern. : FR	NON	505	19.60	80.40	0,0034	PCS <sup>€</sup>	1 2	2 146	0.00 31.51	100.00 68.49	0,0076
Lang. matern FK	OUI	2053	25.86	74.14	0,0004		3	1358	24.74	75.26	
	001						4	697	27.69	72.31	
Couple	NON	829	26.42	73.58	0,1009		5	681	21.73	78.27	
	OUI	1732	23.44	76.56			6	319	31.03	68.97	
Enfant(s)	NON	664	27.11	72.89	0,0729	PCS 3 à 6	3	1358	24.74	75.26	0,0061
	OUI	1896	23.63	76.37			4	697	27.69	72.31	
							5	681	21.73	78.27	
Prévention 2aire	NON	3329	24.69	75.31	0,0339		6	319	31.03	68.97	
	OUI	265	30.57	69.43		Daile inset##	NON	439	24.37	75.63	0,9326
IMC	≤ 18,5	87	24.14	75.86	0,1425	Paie impôt/revenu.	NON OUI	1894	24.37	75.82	0,9320
IIVIO	]18,5-25]	1493	25.18	74.82	0,1120		001	1001	21.10	70.02	
	]25-30]	918	26.91	73.09		Situation financière. £	1	92	28.26	71.74	0,3172
	≥ 30	382	30.89	69.11			2	769	24.19	75.81	
							3	1356	25.29	74.71	
Diabète	NON	3191	24.91	75.09	0,1512		4	317	20.82	79.18	
	OUI	378	28.31	71.69				0554	04.00	75 70	0.0045
		2200	00.04	70.40	-0.0004	RMI	NON	2551	24.30	75.70	0,0315
Tabac	NON OUI	2360 938	23.81 33.48	76.19 66.52	<0,0001		OUI	54	37.04	62.96	
	001	930	33.40	00.32		Réseau social§	1	304	28.95	71.05	0,1524
Alcool (à risque)*	NON	2421	23.50	76.50	<0,0001	recocad coolai	2	988	24.39	75.61	0,.02.
	OUI	797	39.77	60.23	,		3	920	23.91	76.09	
							4	250	20.80	79.20	
ALD <sup>\$</sup>	NON	2806	24.34	75.66	0,0587						
	OUI	800	27.63	72.38		Problème « psy » <sup>&amp;</sup>	NON	3344	24.64	75.36	0,0188
							OUI	256	31.25	68.75	
Ancienneté du suivi	< 2 ans	545	30.64	69.36	0,0016	@		0544	05.00	74.00	0.7700
	≥ 2 ans	2984	24.26	75.74		Handicap <sup>@</sup>	NON OUI	3544 56	25.08 26.79	74.92 73.21	0,7709
Nb de C depuis 1 an	< 3	2289	24.55	75.45	0,2340		OUI	50	20.19	13.21	
IND GE O GEPUIS I dil	≥3	1267	26.36	73.64	5,2070	Maladie grave <sup>#</sup>	NON	3415	24.89	75.11	0,1891
	- <del>-</del>	•.				Maladio grave	OUI	185	29.19	70.81	-,
Suivi à domicile	NON	2491	24.41	75.59	0,3744						
	OUI	114	28.07	71.93		-					

<sup>\*</sup> Consommation d'alcool > 14 doses par semaine chez la femme et 21 doses chez l'homme (1 dose = 10 g d'alcool).

<sup>\$</sup> Affection de longue durée

<sup>€</sup> Codes des PCS: 1 = agriculteurs, 2 = artisans commerçants, chefs d'entreprise, 3 = cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 = professions intermédiaires, 5 = employés, 6 = ouvriers (codage basé sur l'emploi actuel ou à défaut sur le dernier emploi exercé, ou à défaut sur l'emploi du conjoint).

<sup>£</sup> Situation financière perçue: 1 = n'y arrive pas du tout, 2 = doit faire attention, 3 = ça va, 4 = très à l'aide.

<sup>§</sup> Le score de réseau social va de 1 (le plus restreint) à 4 (le plus étendu) en fonction des réponses à plusieurs questions (voir méthode).

<sup>&</sup>amp; Obstacle à la prévention d'origine psychiatrique ou psychologique, déclaré par le médecin.

<sup>@</sup> Obstacle à la prévention lié à un handicap physique, déclaré par le médecin.

<sup>#</sup> Obstacle à la prévention lié à une maladie grave et évolutive, déclaré par le médecin.

### 23 - Analyse des caractéristiques des hommes associées à un dossier non renseigné pour le risque alcool

Variable	Modalités		rone	non rens	p-chi2	Variable	Modalités	n	rone	non rens	n chi?
Variable	Wodanies	n	rens	rens	p-ciliz	Mutuelle	NON	243	<b>rens</b> 33.74	66.26	<b>p-chi2</b> 0,4516
0		4005	04.04	00.00		Mutuelle					0,4516
Sexe	Н	1825	31.01	68.99			OUI	1329	31.30	68.70	
Age	[40-50[	699	30.04	69.96	0,1916	CMU	NON	1662	30.63	69.37	0,0262
	[50-60[	563	33.93	66.07			OUI	144	39.58	60.42	
	[60-75[	563	29.31	70.69		<del>-</del>					
						PCS <sup>€</sup>	1	1	0.00	100.00	0,1869
Lang. matern. : FR	NON	253	26.09	73.91	0,0405		2	96	37.50	62.50	
	OUI	982	32.79	67.21			3	765	29.02	70.98	
							4	297	36.03	63.97	
Couple	NON	312	38.46	61.54	0,0014		5	194	33.51	66.49	
	OUI	921	28.77	71.23			6	266	33.08	66.92	
Enfant(s)	NON	329	34.65	65.35	0,1491	PCSP 3 à 6	3	765	29.02	70.98	0,1307
(-)	OUI	900	30.33	69.67	-, -		4	297	36.03	63.97	-,
							5	194	33.51	66.49	
Prévention 2aire	NON	1612	30.96	69.04	0,2263		6	266	33.08	66.92	
	OUI	187	35.29	64.71	0,2200		ū		00.00	00.02	
	••.		00.20	•		Paie impôt/revenu.	NON	201	34.33	65.67	0,3091
MC	≤ 18,5	16	43.75	56.25	0,1223	, andpass as a	OUI	907	30.65	69.35	-,
	[18,5-25]	627	33.17	66.83	0,0		· ·		00.00	00.00	
	[25-30]	582	30.93	69.07		Situation financière. <sup>£</sup>	1	37	51.35	48.65	0.0021
	≥ 30	186	39.78	60.22			2	358	35.20	64.80	0,00=
	- 00		000	00			3	654	30.58	69.42	
Diabète	NON	1527	31.37	68.63	0,5303		4	172	23.26	76.74	
Diabete	OUI	258	33.33	66.67	0,0000		-	112	20.20	70.74	
	00.		00.00	00.07		RMI	NON	1227	30.97	69.03	0,0184
Tabac	NON	1134	29.89	70.11	<0,0001	TAVII	OUI	34	50.00	50.00	0,0104
Tabao	OUI	514	40.66	59.34	-0,0001		001	0-1	00.00	00.00	
	001	014	40.00	00.04		Réseau social <sup>§</sup>	1	129	40.31	59.69	0,0191
Alcool (à risque)*	NON	1108	29.06	70.94	<0.0001	reseau social	2	451	33.04	66.96	0,0101
/ llooor (a rioque)	OUI	519	45.28	54.72	10,0001		3	476	28.99	71.01	
	001	010	40.20	04.72			4	133	24.06	75.94	
ALD\$	NON	1350	30.67	69.33	0,2885		7	100	24.00	10.04	
ALD	OUI	456	33.33	66.67	0,2003	Problème « psy » <sup>&amp;</sup>	NON	1684	31.06	68.94	0,2760
	001	430	33.33	00.07		i lobielile « psy //	OUI	120	35.83	64.17	0,2700
Ancienneté du suivi	< 2 ans	279	39.07	60.93	0.0035		001	120	33.03	04.17	
Alloicillicic du Sulvi	< 2 ans ≥ 2 ans	1486	30.22	69.78	0,0000	Handicap <sup>@</sup>	NON	1777	31.46	68.54	0,5387
	= 2 0113	1-00	JU.ZZ	03.70		Παπαισαρ	OUI	27	25.93	74.07	0,5501
Nb de C depuis 1 an	< 3	1182	29.78	70.22	0.0208		001	۷1	20.53	14.01	
IND UE O UEPUIS I all	< 3 ≥ 3	594	29.76 35.19	70.22 64.81	0,0200	Maladie grave#	NON	1702	31.08	68.92	0,2722
	د ع	394	33.19	04.01		ivialaule grave	OUI	102	36.27	63.73	0,2122
Suivi à domicile	NON	1201	31.39	68.61	0,7518		OUI	102	30.27	03.73	
Suivi a utilitile	OUI				0,7310	-					
	OUI	60	33.33	66.67							

<sup>\*</sup> Consommation d'alcool > 14 doses par semaine chez la femme et 21 doses chez l'homme (1 dose = 10 g d'alcool).

<sup>\$</sup> Affection de longue durée

<sup>€</sup> Codes des PCS: 1 = agriculteurs, 2 = artisans commerçants, chefs d'entreprise, 3 = cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 = professions intermédiaires, 5 = employés, 6 = ouvriers (codage basé sur l'emploi actuel ou à défaut sur le dernier emploi exercé, ou à défaut sur l'emploi du conjoint).

<sup>£</sup> Situation financière perçue: 1 = n'y arrive pas du tout, 2 = doit faire attention, 3 = can 4 = très à l'aide.

<sup>§</sup> Le score de réseau social va de 1 (le plus restreint) à 4 (le plus étendu) en fonction des réponses à plusieurs questions (voir méthode).

<sup>&</sup>amp; Obstacle à la prévention d'origine psychiatrique ou psychologique, déclaré par le médecin.

<sup>@</sup> Obstacle à la prévention lié à un handicap physique, déclaré par le médecin.

 $<sup>{\</sup>it \#} \quad {\rm Obstacle} \; {\rm \`a} \; {\rm la} \; {\rm pr\'evention} \; {\rm li\'e} \; {\rm \`a} \; {\rm une} \; {\rm maladie} \; {\rm grave} \; {\rm et} \; {\rm \'evolutive}, {\rm d\'eclar\'e} \; {\rm par} \; {\rm le} \; {\rm m\'edecin}.$ 

### 24 - Analyse des caractéristiques des femmes associées à un dossier non renseigné pour le risque alcool

Variable	Modalités	n	ronc	non rens	p-chi2	Variable	Modalités	n	rone	non	p-chi2
variable	Wodantes		rens	rens	р-спіг	variable	Wodanies	n	rens	rens	p-ciliz
Sexe	F	1819	18.58	81.42		Mutuelle	NON OUI	154 1439	13.64 18.76	86.36 81.24	0,1176
Age	[40-50[ [50-60[ [60-75[	713 565 541	18.09 20.18 17.56	81.91 79.82 82.44	0,4876	CMU	NON OUI	1700 100	18.82 18.00	81.18 82.00	0,8376
Lang. matern. : FR	NON OUI	252 1071	13.10 19.51	86.90 80.49	0,0177	PCS <sup>€</sup>	1 2 3	1 50 593	0.00 20.00 19.22	100.00 80.00 80.78	0,6744
Couple	NON OUI	517 811	19.15 17.39	80.85 82.61	0,4156		4 5 6	400 487 53	21.50 17.04 20.75	78.50 82.96 79.25	
Enfant(s)	NON OUI	335 996	19.70 17.57	80.30 82.43	0,3809	PCS 3 à 6	3	593	19.22	80.78	0,4058
Prévention 2aire	NON OUI	1717 78	18.81 19.23	81.19 80.77	0,9263		4 5 6	400 487 53	21.50 17.04 20.75	78.50 82.96 79.25	
IMC	≤ 18,5 ]18,5-25] ]25-30]	71 866 336	19.72 19.40 19.94	80.28 80.60 80.06	0,8174	Paie impôt/revenu.	NON OUI 3	238 987	15.97 18.24	84.03 81.76	0,4110
Disk Ma	≥ 30	196	22.45	77.55	0.0074	Situation financière. <sup>£</sup>	1 2	55 411	12.73 14.60	87.27 85.40	0,0739
Diabète	NON OUI	1664 120	18.99 17.50	81.01 82.50	0,6871		3 4	702 145	20.37 17.93	79.63 82.07	
Tabac	NON OUI	1226 424	18.19 24.76	81.81 75.24	0,0035	RMI	NON OUI	1324 20	18.13 15.00	81.87 85.00	0,7184
Alcool (à risque)*	NON	1313	18.81	81.19	<0,000 1	Réseau social <sup>§</sup>	1 2	175 537	20.57 17.13	79.43 82.87	0,7574
A1.D\$	OUI	278	29.50	70.50	0.4000		3 4	444 117	18.47 17.09	81.53 82.91	
ALD <sup>s</sup>	NON OUI	1456 344	18.48 20.06	81.52 79.94	0,4990	Problème « psy » <sup>&amp;</sup>	NON OUI	1660 136	18.13 27.21	81.87 72.79	0,0093
Ancienneté du suivi	< 2 ans ≥ 2 ans	266 1498	21.80 18.36	78.20 81.64	0,1856	Handicap <sup>@</sup>	NON OUI	1767 29	18.68 27.59	81.32 72.41	0,2233
Nb de C depuis 1 an	<3 ≥3	1107 673	18.97 18.57	81.03 81.43	0,8355	Maladie grave <sup>#</sup>	NON OUI	1713 83	18.74 20.48	81.26 79.52	0,6916
Suivi à domicile	NON OUI	1290 54	17.91 22.22	82.09 77.78	0,4195			00	20.40	18.32	

<sup>\*</sup> Consommation d'alcool > 14 doses par semaine chez la femme et 21 doses chez l'homme (1 dose = 10 g d'alcool).

<sup>\$</sup> Affection de longue durée

<sup>€</sup> Codes des PCS: 1 = agriculteurs, 2 = artisans commerçants, chefs d'entreprise, 3 = cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 = professions intermédiaires, 5 = employés, 6 = ouvriers (codage basé sur l'emploi actuel ou à défaut sur le dernier emploi exercé, ou à défaut sur l'emploi du conjoint).

<sup>£</sup> Situation financière perçue: 1 = n'y arrive pas du tout, 2 = doit faire attention, 3 = ça va, 4 = très à l'aide.

<sup>§</sup> Le score de réseau social va de 1 (le plus restreint) à 4 (le plus étendu) en fonction des réponses à plusieurs questions (voir méthode).

<sup>&</sup>amp; Obstacle à la prévention d'origine psychiatrique ou psychologique, déclaré par le médecin.

<sup>@</sup> Obstacle à la prévention lié à un handicap physique, déclaré par le médecin.

<sup>#</sup> Obstacle à la prévention lié à une maladie grave et évolutive, déclaré par le médecin.

### 25 - Analyse des caractéristiques des femmes associées à un dossier non renseigné pour le dépistage du cancer du col de l'utérus

Variable	Modalités	n	rens	non rens	p-chi2	Variable	Modalités	n	rens	non rens	p-chi2
Sovo	F	1482	23.21	76.79		Mutuelle	NON	116	22.41	77 50	0.6407
Sexe	Г	1402	23.21	10.19		Mutuelle				77.59	0,6407
Ago	[40 50]	600	10.40	00.50	0.0054		OUI	1170	24.36	75.64	
Age	[40-50[	690	19.42	80.58	0,0054	CMU	NON	1207	22.50	76.40	0.6747
	[50-60[	528	26.33	73.67		CIVIU	NON	1387	23.58	76.42	0,6747
	[60-65[	264	26.89	73.11			OUI	79	21.52	78.48	
Lang. matern. : FR	NON	206	25.24	74.76	0,9979	PCS <sup>€</sup>	1	1	0.00	100.00	0,1506
	OUI	856	25.23	74.77			2	33	9.09	90.91	
							3	512	23.05	76.95	
Couple	NON	392	25.51	74.49	0,8110		4	322	24.22	75.78	
	OUI	672	24.85	75.15			5	392	28.06	71.94	
							6	38	21.05	78.95	
Enfant(s)	NON	278	25.18	74.82	0,9890						
	OUI	789	25.22	74.78		PCS 3 à 6	3	512	23.05	76.95	0,3316
							4	322	24.22	75.78	
Prévention 2aire	NON	1413	23.57	76.43	0,6080		5	392	28.06	71.94	
	OUI	49	20.41	79.59			6	38	21.05	78.95	
IMC	≤ 18,5	57	26.32	73.68	0,3925	Paie impôt / revenu	NON	186	29.57	70.43	0,0997
	]18,5-25]	729	24.01	75.99	-,		OUI	795	23.77	76.23	-,
	]25-30]	244	25.82	74.18			<b>5 .</b>			. 0.20	
	) <u>-</u> 0 00) ≥ 30	150	30.67	69.33		Situation financière <sup>£</sup>	1	49	24.49	75.51	0,6130
	_ 00		00.0.	00.00			2	317	27.13	72.87	0,0.00
Diabète	NON	1378	23.66	76.34	0,8440		3	565	23.36	76.64	
	OUI	75	22.67	77.33	-,		4	119	26.89	73.11	
Tabac	NON	945	24.13	75.87	0,3783	RMI	NON	1056	25.09	74.91	0,6022
Tabac	OUI	386	26.42	73.58	0,0700	TXIVII	OUI	20	20.00	80.00	0,0022
	001	300	20.42	73.36			001	20	20.00	80.00	
Alcool (à risque)*	NON	1050	24.86	75.14	0,9909	Réseau social <sup>§</sup>	1	136	22.79	77.21	0,7087
	OUI	233	24.89	75.11			2	438	24.66	75.34	
							3	355	27.04	72.96	
ALD <sup>\$</sup>	NON	1240	22.82	77.18	0,1738		4	96	22.92	77.08	
	OUI	226	26.99	73.01							
						Problème « psy » <sup>&amp;</sup>	NON	1352	23.59	76.41	0,8366
Ancienneté du suivi	< 2 ans	232	17.24	82.76	0,0122	. ,	OUI	110	22.73	77.27	,
	≥ 2 ans	1206		75.12	-,						
	30			<b>-</b>		Handicap <sup>@</sup>	NON	1444	23.41	76.59	0,3238
Nb de C depuis 1 an	< 3	946	20.40	79.60	<0,0001	aap	OUI	18	33.33	66.67	5,5200
as a aspaio i aii	≥ 3	505	29.70	70.30	0,0001		<b>.</b>	. •	55.00		
	_ 0	000	20.70	70.00		Maladie grave <sup>#</sup>	NON	1403	23.38	76.62	0,5070
Suivi à domicile	NON	1032	25.29	74.71	0,2862	Maidule grave	OUI	59	27.12	70.02	0,0070
Carvi a dominono	OUI	44	18.18	81.82	3,2002	·			21.12	72.00	

<sup>\*</sup> Consommation d'alcool > 14 doses par semaine chez la femme et 21 doses chez l'homme (1 dose = 10 g d'alcool).

<sup>\$</sup> Affection de longue durée

<sup>€</sup> Codes des PCS: 1 = agriculteurs, 2 = artisans commerçants, chefs d'entreprise, 3 = cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 = professions intermédiaires, 5 = employés, 6 = ouvriers (codage basé sur l'emploi actuel ou à défaut sur le dernier emploi exercé, ou à défaut sur l'emploi du conjoint).

<sup>£</sup> Situation financière perçue: 1 = n'y arrive pas du tout, 2 = doit faire attention, 3 = ça va, 4 = très à l'aide.

<sup>§</sup> Le score de réseau social va de 1 (le plus restreint) à 4 (le plus étendu) en fonction des réponses à plusieurs questions (voir méthode).

<sup>&</sup>amp; Obstacle à la prévention d'origine psychiatrique ou psychologique, déclaré par le médecin.

<sup>@</sup> Obstacle à la prévention lié à un handicap physique, déclaré par le médecin.

<sup>#</sup> Obstacle à la prévention lié à une maladie grave et évolutive, déclaré par le médecin.

### 26 - Analyse des caractéristiques des femmes associées à un dossier non renseigné pour le dépistage du cancer du sein

Variable	Modalités	n	rens	non rens	p-chi2	Variable	Modalités	n	rens	non rens	p-chi2
						Mutuelle	NON	82	48.78	51.22	0,6449
Sexe	F	1005	45.07	54.93			OUI	798	46.12	53.88	
Age	[50-60[	529	40.64	59.36	0,0029	CMU	NON	942	45.54	54.46	0,9312
	[60-75[	476	50.00	50.00			OUI	52	46.15	53.85	
Lang. matern. : FR	NON	134	52.99	47.01	0,1943	PCS <sup>€</sup>	1	1	0.00	100.00	0,0022
	OUI	609	46.80	53.20			2 3	37 310	29.73 39.68	70.27 60.32	
Couple	NON	314	51.27	48.73	0,1046		3 4	212	46.23	53.77	
	OUI	433	45.27	54.73	-,		5	265	53.21	46.79	
F	NON	470	40.70	FO 00	0.5040		6	36	61.11	38.89	
Enfant(s)	NON OUI	179 567	49.72 47.44	50.28 52.56	0,5948	PCS 3 à 6	3	310	39.68	60.32	0,0034
	001	307	47.44	32.30		FC3 3 a 0	4	212	46.23	53.77	0,0034
Prévention 2aire	NON	935	45.67	54.33	0,8165		5	265	53.21	46.79	
	OUI	55	47.27	52.73	5,5 . 5 5		6	36	61.11	38.89	
IMC	≤ 18,5	41	46.34	53.66	0,0006	Paie impôt / revenu	NON	128	52.34	47.66	0,3019
-	]18,5-25]	467	41.54	58.46		·	OUI	552	47.28	52.72	
	]25-30]	203	54.68	45.32		0					
	≥ 30	120	59.17	40.83		Situation financière <sup>£</sup>	1	21	61.90	38.10	0,0799
Distant	NON	005	45 47	54.50	0.4740		2	225	53.33	46.67	
Diabète	NON OUI	895 89	45.47 49.44	54.53 50.56	0,4742		3 4	402 85	45.52 41.18	54.48 58.82	
	OUI	69	49.44	50.56			4	65	41.10	30.02	
Tabac	NON	706	48.58	51.42	0,0624	RMI	NON	747	47.79	52.21	0,4801
	OUI	213	41.31	58.69			OUI	6	33.33	66.67	
Alcool (à risque)*	NON	721	49.10	50.90	0,2250	Réseau social <sup>§</sup>	1	94	51.06	48.94	0,7092
	OUI	162	43.83	56.17			2	294	49.32	50.68	
							3	258	46.51	53.49	
ALD <sup>\$</sup>	NON	809	44.00	56.00	0,0379		4	67	43.28	56.72	
	OUI	185	52.43	47.57		•					
						Problème « psy » <sup>&amp;</sup>	NON	922	45.44	54.56	0,6905
Ancienneté du suivi	< 2 ans	134	28.36	71.64	<0,0001		OUI	71	47.89	52.11	
	≥ 2 ans	838	48.81	51.19		Handicap <sup>@</sup>	NON	070	4E E7	E4 42	0.0000
Nb de C depuis 1 an	< 3	588	39.12	60.88	<0,0001	паписар	NON OUI	970 23	45.57 47.83	54.43 52.17	0,8298
IND GE O GEPUIS I dil	<3 ≥3	398	55.03	44.97	~0,000 i		001	20	₹1.03	JZ. 17	
						Maladie grave <sup>#</sup>	NON	953	46.17	53.83	0,0890
Suivi à domicile	NON	723	47.86	52.14	0,6270			40	32.50	67.50	
	OUI	30	43.33	56.67							

<sup>\*</sup> Consommation d'alcool > 14 doses par semaine chez la femme et 21 doses chez l'homme (1 dose = 10 g d'alcool).

<sup>\$</sup> Affection de longue durée

<sup>€</sup> Codes des PCS: 1 = agriculteurs, 2 = artisans commerçants, chefs d'entreprise, 3 = cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 = professions intermédiaires, 5 = employés, 6 = ouvriers (codage basé sur l'emploi actuel ou à défaut sur le dernier emploi exercé, ou à défaut sur l'emploi du conjoint).

<sup>£</sup> Situation financière perçue: 1 = n'y arrive pas du tout, 2 = doit faire attention, 3 = q va, 4 = t rès à l'aide.

<sup>§</sup> Le score de réseau social va de 1 (le plus restreint) à 4 (le plus étendu) en fonction des réponses à plusieurs questions (voir méthode).

<sup>&</sup>amp; Obstacle à la prévention d'origine psychiatrique ou psychologique, déclaré par le médecin.

<sup>@</sup> Obstacle à la prévention lié à un handicap physique, déclaré par le médecin.

<sup>#</sup> Obstacle à la prévention lié à une maladie grave et évolutive, déclaré par le médecin.

### 27 - Analyse des caractéristiques des sujets (hommes et femmes) associées à un dossier non renseigné pour le dépistage du cancer colorectal

Variable	Modalités	n	rens	non rens	p-chi2	Variable	Modalités	n	rens	non rens	p-chi2
					<del></del> -	Mutuelle	NON	221	13.12	86.88	0,0007
Sexe	F	999	20.42	79.58	0,8610		OUI	1494	23.29	76.71	
	Н	974	20.74	79.26							
						CMU	NON	1820	20.66	79.34	0,4545
Age	[50-60[	1039	16.84	83.16	<0,0001		OUI	128	23.44	76.56	
•	[60-75[	934	24.73	75.27							
						PCS <sup>€</sup>	1	2	0.00	100.00	0,6733
Lang. matern. : FR	NON	279	24.01	75.99	0,6924		2	89	23.60	76.40	•
· ·	OUI	1118	22.90	77.10			3	709	20.59	79.41	
							4	358	24.30	75.70	
Couple	NON	453	22.08	77.92	0,5695		5	362	20.72	79.28	
	OUI	947	23.44	76.56	.,		6	188	23.40	76.60	
		•					-				
Enfant(s)	NON	322	21.12	78.88	0,3563	PCS 3 à 6	3	709	20.59	79.41	0,4835
( )	OUI	1077	23.58	76.42	•		4	358	24.30	75.70	,
							5	362	20.72	79.28	
Prévention 2aire	NON	1749	20.47	79.53	0,1428		6	188	23.40	76.60	
	OUI	192	25.00	75.00	-,=-		-				
						Paie impôt / revenu	NON	230	22.61	77.39	0.9967
IMC	≤ 18,5	51	19.61	80.39	0,3888		OUI	1040	22.60	77.40	-,
	]18,5-25]	763	20.97	79.03	5,222						
	]25-30]	523	24.86	75.14		Situation financière <sup>£</sup>	1	40	22.50	77.50	0,4471
	<u>1</u> 23 00] ≥ 30	240	23.33	76.67			2	417	20.38	79.62	0,1111
	_ 55		_0.00				3	754	24.40	75.60	
Diabète	NON	1666	21.67	78.33	0,0637		4	171	24.56	75.44	
2.0000	OUI	264	16.67	83.33	0,000.		•				
	00.		10.07	00.00		RMI	NON	1405	22.56	77.44	0,3512
Tabac	NON	1376	22.46	77.54	0,0541		OUI	19	31.58	68.42	0,0012
14540	OUI	426	18.08	81.92	0,0011		001	.0	01.00	00.12	
	<b>5 .</b>	0	.0.00	00_		Réseau social§	1	156	17.31	82.69	0,0200
Alcool (à risque)*	NON	1339	21.96	78.04	0,8370	. 100000 00010.	2	526	20.72	79.28	0,0200
/ llocor (a rioquo)	OUI	419	22.43	77.57	0,0010		3	524	27.10	72.90	
	<b>5 .</b>						4	139	25.90	74.10	
ALD <sup>\$</sup>	NON	1461	21.08	78.92	0,6521		•	.00	20.00	7 1.10	
7125	OUI	487	20.12	79.88	0,0021	Problème « psy » <sup>&amp;</sup>	NON	1817	20.91	79.09	0,8715
	001	407	20.12	70.00		r robienie « poy »	OUI	128	20.31	79.69	0,0110
Ancienneté du suivi	< 2 ans	271	13.65	86.35	0,0014		001	120	20.01	73.03	
Anciennete da saivi	≥ 2 ans	1633	22.17	77.83	0,0014	Handicap <sup>@</sup>	NON	1905	21.05	78.95	0,1879
	- 2 0113	1000	££. 11	11.00		Παπαισαρ	OUI	40	12.50	87.50	0,1073
Nb de C depuis 1 an	< 3	1182	17.51	82.49	<0,0001		001	TU	12.00	07.50	
145 de o depuis 1 all	<3 ≥3	740	26.22	73.78	-0,000 i	Maladie grave <sup>#</sup>	NON	1851	21.34	78.66	0,0249
	<u>-</u> J	7-10	20.22	13.10		ivialaule grave	OUI	94	11.70	88.30	0,0248
Suivi à domicile	NON	1359	23.03	76.97	0,1504		001	<b>3</b> →	11.70	00.30	
Suivi a utilibile	OUI	65	15.38	84.62	0,1004						
	001	00	10.30	04.02							

<sup>\*</sup> Consommation d'alcool > 14 doses par semaine chez la femme et 21 doses chez l'homme (1 dose = 10 g d'alcool).

<sup>\$</sup> Affection de longue durée

<sup>€</sup> Codes des PCS: 1 = agriculteurs, 2 = artisans commerçants, chefs d'entreprise, 3 = cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 = professions intermédiaires, 5 = employés, 6 = ouvriers (codage basé sur l'emploi actuel ou à défaut sur le dernier emploi exercé, ou à défaut sur l'emploi du conjoint).

<sup>£</sup> Situation financière perçue: 1 = n'y arrive pas du tout, 2 = doit faire attention, 3 = ça va, 4 = très à l'aide.

<sup>§</sup> Le score de réseau social va de 1 (le plus restreint) à 4 (le plus étendu) en fonction des réponses à plusieurs questions (voir méthode).

<sup>&</sup>amp; Obstacle à la prévention d'origine psychiatrique ou psychologique, déclaré par le médecin.

<sup>@</sup> Obstacle à la prévention lié à un handicap physique, déclaré par le médecin.

<sup>#</sup> Obstacle à la prévention lié à une maladie grave et évolutive, déclaré par le médecin.

#### 28 – Tabagisme des hommes - Analyse multivariée (n=985)

Variable	Modalités	OR	IC95%	р
Age (ref = [50-60[)	[40-50[	1.59	1,13 - 2.23	< 0,0001
	[60-75[	0.61	0,42 – 0,91	
Enfant(s) (ref = OUI)	NON	1.38	1.00 – 1.91	< 0,05
Diabète (ref = NON)	OUI	0.65	0.41 – 1.02	0,06
Alcool (à risque)* (ref = NON)	OUI	2.10	1.56 – 2.82	< 0,0001
Nb de C depuis 1 an (ref = < 3)	≥ 3	0.75	0.56 – 1.01	0,06
Mutuelle (ref = NON)	OUI	1.54	0.99 – 2.37	28.88
Situation financière. <sup>£</sup> (ref = 3)	1	1.91	0.83 – 4.40	0,01
,	2	1.73	1.23 – 2.45	•
	4	1.28	0.83 – 1.99	
Problème « psy » <sup>&amp;</sup> (ref = NON)	OUI	2.37	1.33 – 4.21	0,003

Variables sorties du modèle multivarié initial : Couple, IMC, CMU, Paie impôt/revenu, RMI, Réseau social

<sup>\*</sup> Consommation d'alcool > 14 doses par semaine chez la femme et 21 doses chez l'homme (1 dose = 10 g d'alcool).

<sup>£</sup> Situation financière perçue: 1 = n'y arrive pas du tout, 2 = doit faire attention, 3 = can va, 4 = très à l'aide.

<sup>&</sup>amp; Obstacle à la prévention d'origine psychiatrique ou psychologique, déclaré par le médecin.

#### 29 – Tabagisme des femmes - Analyse multivariée (n=1064)

Variable	Modalités	OR	IC95%	p-chi2
Age (ref = [50-60[)	[40-50[	1.04	0,74 - 1.45	0,0008
	[60-75[	0.53	0,36 - 0,78	
IMC (ref = 1)	0	1.57	0.83 – 2.97	0,06
,	2	0.66	0.45 - 0.98	
	3	0.80	0.51 – 1.27	
Alcool (à risque)* (ref = NON)	OUI	2.75	1.96 – 3.87	< 0,0001
Situation financière. <sup>£</sup> (ref = 3)	1	2.20	1.09 – 4.41	0,025
	2	1.55	1.10 – 2.19	
	4	1.02	0.62 – 1.68	
Réseau social <sup>§</sup> (ref = 3)	1	1.24	0,78 – 1,98	0,02
, ,	2	0,83	0,60 - 1,17	
	4	0,41	0,21 - 0,80	
Lang. matern. : FR	NON	0,63	0.41 – 0.96	0,03
Problème « psy » <sup>&amp;</sup> (ref = NON)	OUI	1.87	1.06 – 3.30	0,03

Variables sorties du modèle multivarié initial : Couple, Enfant(s), Diabète, Paie impôt/revenu, RMI

<sup>\*</sup> Consommation d'alcool > 14 doses par semaine chez la femme et 21 doses chez l'homme (1 dose = 10 g d'alcool).

<sup>£</sup> Situation financière perçue: 1 = n'y arrive pas du tout, 2 = doit faire attention, 3 = ça va, 4 = très à l'aide.

<sup>§</sup> Le score de réseau social va de 1 (le plus restreint) à 4 (le plus étendu) en fonction des réponses à plusieurs questions (voir méthode).

<sup>#</sup> Obstacle à la prévention lié à une maladie grave et évolutive, déclaré par le médecin.

# 30 – Tabagisme des hommes renseigné dans le dossier - Analyse multivariée (n=1185)

Modalités	OR	IC95%	р
NON	0.67	0,50 - 0.90	0,007
OUI	1.88	1.26 – 2.80	0,002
≥ 3	1.24	0.97 – 1.58	0,08
OUI	1.86	1.41 – 2.45	< 0,0001
OUI	1.74	1.35 – 2.26	< 0,0001
OUI	2.56	1.02 – 6.41	0.44
	NON OUI ≥ 3 OUI OUI	NON       0.67         OUI       1.88         ≥ 3       1.24         OUI       1.86         OUI       1.74	NON       0.67       0,50 - 0.90         OUI       1.88       1.26 - 2.80         ≥ 3       1.24       0.97 - 1.58         OUI       1.86       1.41 - 2.45         OUI       1.74       1.35 - 2.26

Ajustement sur l'âge en classe

Variables sorties du modèle multivarié initial : Enfant(s), CMU

<sup>\*</sup> Consommation d'alcool > 14 doses par semaine chez la femme et 21 doses chez l'homme (1 dose = 10 g d'alcool).

## 31 – Tabagisme des femmes renseigné dans le dossier - Analyse multivariée (n=)

Variable	Modaltés	OR	IC95%	р
Lang. matern. : FR	NON	0.60	0,43 - 0.84	0,003
Tabac (ref = NON)	OUI	2.69	2.04 – 3.54	< 0,0001
PCS <sup>€</sup> (ref = 5)	3	1.14	0.84 – 1.54	0,04
	4	1.58	1.14 – 2.19	
	6	1.32	0.65 - 2.67	

Ajustement sur l'âge en classe

Variables sorties du modèle multivarié initial : Enfant(s), Alcool (à risque), Mutuelle, CMU

<sup>€</sup> Codes des PCS: 1 = agriculteurs, 2 = artisans commerçants, chefs d'entreprise, 3 = cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 = professions intermédiaires, 5 = employés, 6 = ouvriers (codage basé sur l'emploi actuel ou à défaut sur le dernier emploi exercé, ou à défaut sur l'emploi du conjoint).

# 32 – Consommation à risque d'alcool chez les hommes - Analyse multivariée (n=1051)

Variable	Modalités	OR	IC95%	p
Age (ref = [50-60[)	[40-50[	1.29	0,94 - 1.78	0,05
	[60-75[	1.50	1,08 – 2,09	
Couple (ref = OUI)	NON	1.30	0.96 – 1.77	0,09
Tabac (ref = NON)	OUI	1.98	1.49 – 2.64	< 0,0001
Paie impôt/revenu (ref = OUI)	NON	0.56	0.39 – 0.82	0,003

Variables sorties du modèle multivarié initial : Lang. matern. : FR, Enfant(s), Nb de C depuis 1 an

# 33 – Consommation à risque d'alcool chez les femmes - Analyse multivariée (n=1348)

Variable	Modalités	OR	IC95%	р
Age (ref = [50-60[)	[40-50[	0.92	0,65 - 1.31	0,04
	[60-75[	1.41	0,99 – 2,01	
IMC (ref = 1)	0	0.58	0.29 – 1.18	0,03
	2	0.60	0.41 - 0.87	
	3	0.74	0.47 – 1.16	
Tabac (ref = NON)	OUI	2.85	2.12 – 3.84	< 0,0001

Variables sorties du modèle multivarié initial : Problème « psy », CMU

## 34 – Consommation à risque d'alcool des hommes renseignée dans le dossier - Analyse multivariée (n=1126)

Variable	Modlités	OR	IC95%	р
Lang. matern. : FR	NON	0.71	0,50 - 1.01	0,06
Ancienneté du suivi (ref = ≥2)	< 2	1.71	1.20 – 2.44	0,003
Nb de C depuis 1 an (ref = < 3)	≥ 3	1.36	1.04 – 1.76	0,02
Tabac (ref = NON)	OUI	1.32	0.99 – 1.76	0,06
Alcool (à risque)* (ref = NON)	OUI	2.00	1.53 – 2.62	< 0,0001
Situation financière. f (ref = 3)	1	2.72	1.26 – 5.85	0.01
	2	1.30	0.96 - 1.76	
	4	0.78	0.52 - 1.17	

Modèle ajusté sur l'âge en classes

Variables sorties du modèle multivarié initial : Réseau social, RMI, CMU, Couple

<sup>\*</sup> Consommation d'alcool > 14 doses par semaine chez la femme et 21 doses chez l'homme (1 dose = 10 g d'alcool).

<sup>£</sup> Situation financière perçue: 1 = n'y arrive pas du tout, 2 = doit faire attention, 3 = can a va, 4 = très à l'aide.

## 35 – Consommation à risque d'alcool des femmes renseignée dans le dossier - Analyse multivariée (n=1233)

Variable	Modalités	OR	IC95%	p
Tabac (ref = NON)	OUI	1.46	1,05 - 2.02	0,02
Alcool (à risque)* (ref = NON)	OUI	1.43	1.01 – 2.03	< 0,05
Situation financière. <sup>£</sup> (ref = 3)	1	0.55	0.24 – 1.26	0,09
	2	0.68	0.48 - 0.95	
	4	0.85	0.53 - 1.35	

Modèle ajusté sur l'âge en classes

Variables sorties du modèle multivarié initial : Lang. matern. : FR, Problème « psy »

<sup>\*</sup> Consommation d'alcool > 14 doses par semaine chez la femme et 21 doses chez l'homme (1 dose = 10 g d'alcool).

<sup>£</sup> Situation financière perçue: 1 = n'y arrive pas du tout, 2 = doit faire attention, 3 = can 4 = très à l'aide.

#### 36 – Dépistage du cancer du col utérin à jour - Analyse multivariée (n=832)

Variable	Modalités	OR	IC95%	р
Age (ref = [50-60[)	[40-50[	0.88	0,58 - 1.34	0,03
	[60-75[	1.66	1,02 – 2,72	
PCS <sup>€</sup> (ref = 5)	3	0.47	0.30 – 0.75	0,0008
	4	0.85	0.53 – 1.36	
	6	2.52	0.91 - 6.96	
Paie impôt/revenu (ref = OUI)	NON	1.64	1.05 – 2.56	0.03

Variables sorties du modèle multivarié initial : Lang. matern. : FR, Mutuelle, CMU, Prévention 2aire, Situation financière. <sup>£</sup>, RMI, Réseau social §, Problème « psy », IMC, RMI, ALD

<sup>€</sup> Codes des PCS: 1 = agriculteurs, 2 = artisans commerçants, chefs d'entreprise, 3 = cadres et professions intellectuelles supérieures, 4 = professions intermédiaires, 5 = employés, 6 = ouvriers (codage basé sur l'emploi actuel ou à défaut sur le dernier emploi exercé, ou à défaut sur l'emploi du conjoint).

# 37 – Dossier renseigné pour le dépistage du cancer du col - Analyse multivariée (n=970)

Variable	Modalités	OR	IC95%	p-chi2
Nb de C depuis 1 an (ref = < 3)	≥ 3	1.69	1.26 – 2.26	0,0005
Ancienneté de suivi (ref = ≥ 2)	< 2	0.64	0.40 – 1.03	0,07

Modèle ajusté sur l'âge en classes

Variables sorties du modèle multivarié initial : Paie impôt/revenu

#### 38 – Dépistage du cancer du sein à jour - Analyse multivariée (n=591)

Variable	Modalités	OR	IC95%	p
Paie impôt/revenu (ref = OUI)	NON	2.16	1,34 - 3.47	0,002
Problème « psy » <sup>&amp;</sup> (ref = NON)	OUI	2.30	1.11 – 4.78	0.003

Modèle ajusté sur l'âge en classes

Variables sorties du modèle multivarié initial : , Alcool (à risque), ALD, PCS, Situation financière, RMI

<sup>&</sup>amp; Obstacle à la prévention d'origine psychiatrique ou psychologique, déclaré par le médecin.

## 39 – Dossier renseigné pour le dépistage du cancer du sein - Analyse multivariée (n=658)

Modalités	OR	IC95%	р
[60-75[	1.45	1.05 – 1.99	0,02
0	0.97	0.46 - 2.04	0,04
2	1.43	0.98 - 2.09	
3	1.92	1.16 – 3.16	
≥ 3	1.57	1.14 – 2.16	0,006
< 2	0.39	0.23 - 0.66	0,0005
	[60-75] 0 2 3 ≥ 3	[60-75[ 1.45 0 0.97 2 1.43 3 1.92 ≥ 3 1.57	[60-75[ 1.45 1.05 - 1.99 $0.46 - 2.04$ 2 1.43 0.98 - 2.09 $0.46 - 3.16$ $0.97$ 1.14 - 2.16

Ajustement sur l'âge en classe Variables sorties du modèle multivarié initial : ALD, PCS, Situation financière, Maladie grave

# 40 – Dépistage du cancer colorectal à jour - Analyse multivariée (n=1169)

Variable	Modalités	OR	IC95%	р
Age (ref = [50-60[)	[60-75[	1.57	1,21 - 2.03	0,007
Réseau social <sup>§</sup> (ref = 2)	1	0.78	0.49 – 1.25	0,01
	3	1.49	1.12 – 1.99	
	4	1.27	0.81 – 1.98	
Nb de C depuis 1 an (ref = < 3)	≥ 3	1.37	1.05 – 1.77	0,02

Modèle ajusté sur le sexe

Variables sorties du modèle multivarié initial : Couple, Mutuelle, Tabac, Prévention 2aire, Situation financière, Maladie grave, Paie impôt/revenu

<sup>§</sup> Le score de réseau social va de 1 (le plus restreint) à 4 (le plus étendu) en fonction des réponses à plusieurs questions (voir méthode).

## 41 – Dossier renseigné pour le dépistage du cancer colorectal -Analyse multivariée (n=1318)

Variable	Modalités	OR	IC95%	р
age (ref = [50-60[)	[60-75[	1.56	1,20 - 2.02	0,0009
Mutuelle (ref = OUI)	NON	0.53	0.32 – 0.87	0,01
Réseau social <sup>§</sup> (ref = 2)	1	0.89	0.56 – 1.44	0,09
	3	1.38	1.03 – 1.86	
	4	1.31	0.84 - 2.04	
Ib de C depuis 1 an (ref = < 3)	≥ 3	1.41	1.08 – 1.83	0,01
ancienneté du suivi (ref = ≥2)	<2	0.52	0.33 – 0.83	0,006
Problème « psy » <sup>&amp;</sup> (ref = NON)	OUI	0.53	0.27 – 1.10	0.09

Modèle ajusté sur le sexe

Variables sorties du modèle multivarié initial : Tabac

<sup>§</sup> Le score de réseau social va de 1 (le plus restreint) à 4 (le plus étendu) en fonction des réponses à plusieurs questions (voir méthode).

<sup>&</sup>amp; Obstacle à la prévention d'origine psychiatrique ou psychologique, déclaré par le médecin.

9.2 - Résultats provisoires présentés aux médecins participants à l'automne 2009

# Qualité du dépistage des cancers et inégalités sociales

Premiers résultats de l'étude :

Les pratiques de prévention et de dépistage dans les cabinets des maîtres de stage franciliens : comment faire (encore) mieux ?

> Séminaire n°2 – samedi 14 novembre 2009 Laurent Rigal

## Rappels sur les Inégalités Sociales de Santé (1)

- Pas fondées sur une disparité biologique
- Déterminées par les inégalités qui traversent la société
- Pas précarité mais la variation continue d'un aspect de la santé tout au long de la hiérarchie sociale
- Difficilement perceptible en dehors des chiffres
- A 35 ans, la différence d'espérance de vie entre un homme, cadre et un ouvrier était d'environ 7 ans en France dans les années 1990
- Touchent les divers aspects de la santé de façon diffuse sans pour autant être inaccessible aux interventions
- Les facteurs sociaux (tout autant que les médicaux) sont des déterminants majeurs de l'état de santé

# Rappels sur les ISS (2)

- · Comment mesurer la position sociale ?
  - 3 grands indicateurs habituels
    - Profession
    - Niveau d'études
    - Niveau de revenus -> Situation financière perçue.
  - Beaucoup de mesures de substitution
    - Propriété
    - · Caractéristiques du logement
    - Quartier de résidence
    - Soutien social...

## PCS

- Nomenclature de l'insee
  - 1 : Agriculteurs exploitants -> Une seule !
  - 2 : Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
  - -> Partiellement ordonnées, peu nombreuses
  - 3 : Cadres et professions intellectuelles supérieures
  - 4 : Professions Intermédiaires
  - -5: Employés
  - 6 : Ouvriers -> Peu nombreuses
  - -7 : Retraités -> Dernière profession exercée
  - 8 : Autres personnes sans activité professionnelle -> celle du conjoint

# Rappel protocole

- 52 MDS de Paris 5 et 6 -> 49
- Tirage au sort de 70 patients entre 40 et 74 ans dans la liste méd. traitant, sex ratio = 1
  - -> plus de 3600 patients
- Questions symétriques aux patients et médecins
- 3 grandes thématiques de prévention : risque cardio-vasculaire, consommation alcool et tabac, dépistage des cancers (col, sein, colo-rectal)

# Analyses

- 3 variables d'intérêt
  - Statut à jour vis-à-vis du dépistage
  - Prescripteur du dernier dépistage
  - Date du dépistage notée dans le dossier
- Construite à partir des informations fournies par les patientes et les médecins, avec un positionnement de praticien
- 3 mesures pour chacune de ces variables
  - Taux global
  - Variabilité inter-médecin
  - Disparités sociales selon profession, études, revenus

- Indicateurs de qualité globaux : valeur et variation inter-médecin
  - Taux de dépistage à jour
    - Prescripteur du dernier dépistage
    - Date du dépistage dans le dossier
- Etude des variations de ces indicateurs en fonction de la position sociale
  - Professions
  - Niv. d'études
  - Situation financière perçue

Indicateurs de qualité globaux			
	Hémoccult	Mammographie	Frottis.
Effectif	1413	787	1042
Taux de dépistage à jour	15 % Oui ?	76 % Non	79 % Non
Prescripteur du dernier dépistage	MG : 48 % Non	Gyn : 57 %, DO : 25 % et MG : 18 % Oui	MG : 13 % Out
Date dans le dossier	9 % Oui	43 % Oui	23 % Oui

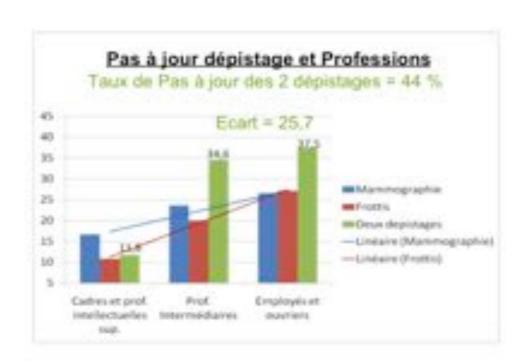
- Indicateurs de qualité globaux : valeur et variation inter-médecin
  - Taux de dépistage à jour
  - Prescripteur du dernier dépistage
  - Date d'un dépistage dans le dossier
- Etude des variations de ces indicateurs en fonction de la position sociale
  - Professions
  - Niv. d'études
  - Situation financière perçue

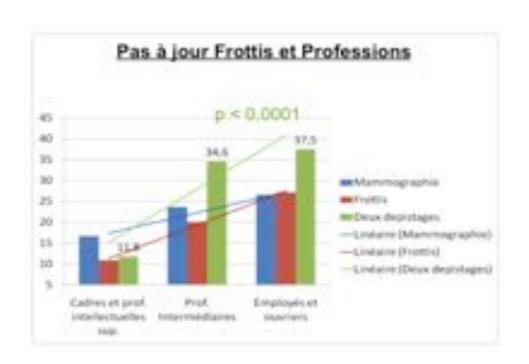


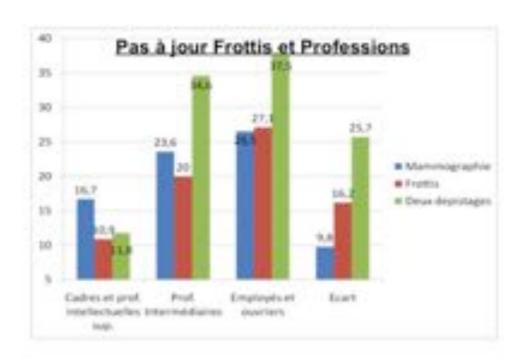


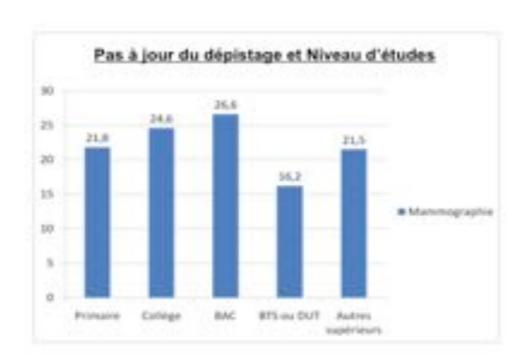


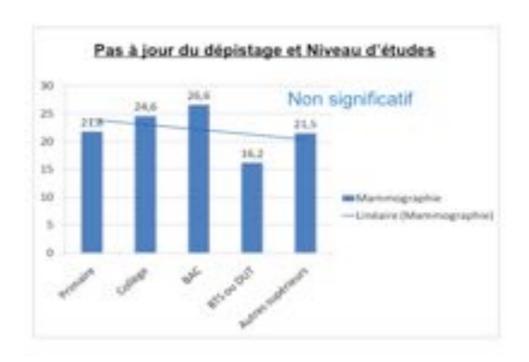


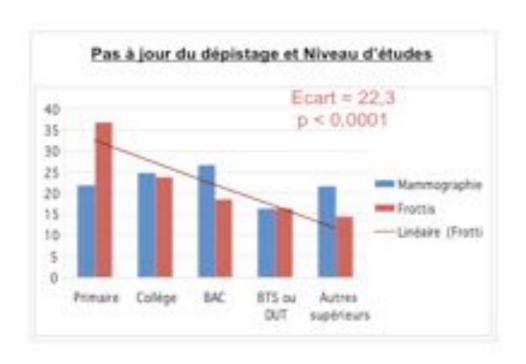






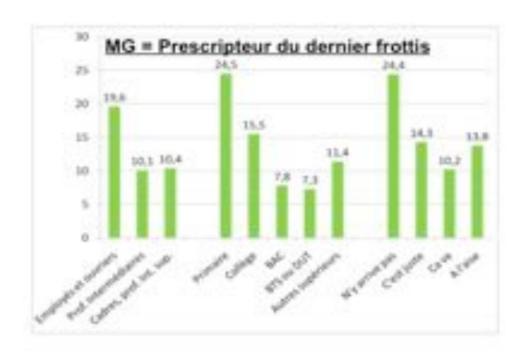


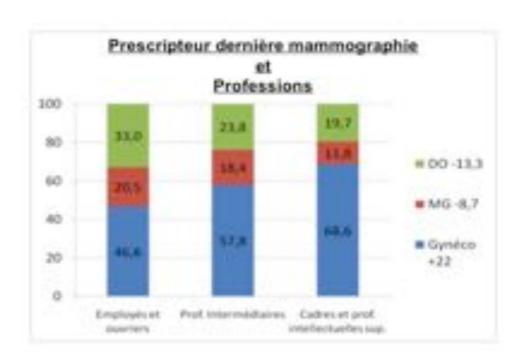


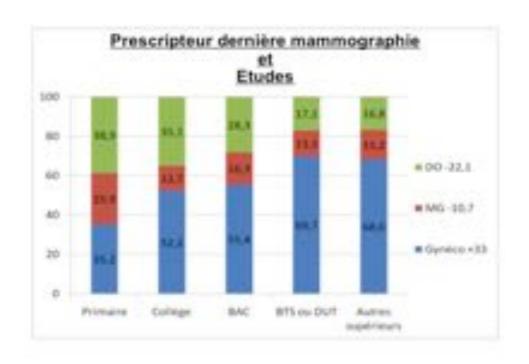


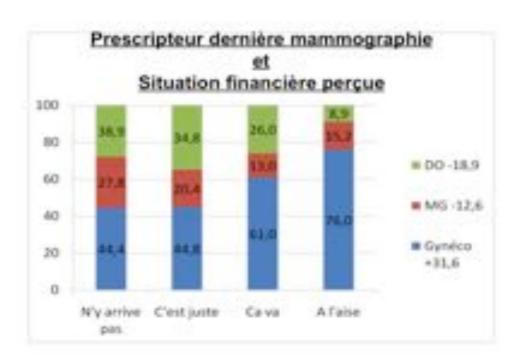


- Indicateurs de qualité globaux : valeur et variation inter-médecin
  - Taux de dépistage à jour
  - Prescripteur du dernier dépistage
  - Date d'un dépistage dans le dossier
- Etude des variations de ces indicateurs en fonction de la position sociale
  - Professions
    - Niv. d'études
    - Situation financière perçue

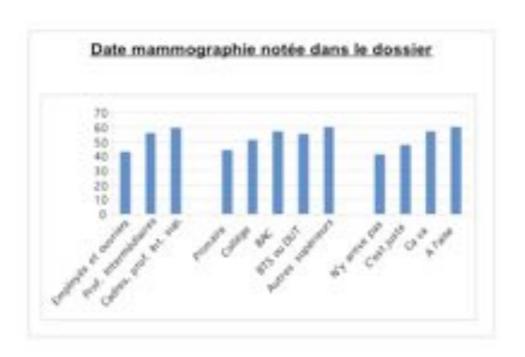








- Indicateurs de qualité globaux : valeur et variation inter-médecin
  - Taux de dépistage à jour
  - Prescripteur du dernier dépistage
  - Date d'un dépistage dans le dossier
- Etude des variations de ces indicateurs en fonction de la position sociale
  - Professions
  - Niv. d'études
  - Situation financière perçue



		102 m 10 m 20 m	104.505.095.01
	Hémoccult	Mammographie	Frottis
Taux de dépistage à jour	15 % Oui ? IS=0	76 % Non 15+	79 % Non IS +++
Prescripteur du dernier dépistage	MG : 48 % Non 85=0	Gyn : 57 %, DO : 25 % et MG : 18 % Oui IS+++	MG : 13 % Oui IS+++
Date dans le dossier	9 % Non IS=0	43 % Oui IS+++	23 % Oui IS+0

# Quelques remarques pour finir

- Neutralité relative des MG vis-à-vis des gradients sociaux
- Scotome, socioparésie, état précontemplatif, inégalité par omission
  - · Frottis
    - Difficulté à revenir à la gynécologie
    - Gérer le frottis comme la mammographie
- Noter quoi ?
  - Responsable du suivi gynécologique
  - Date des dépistages

# DEUXIEME PARTIE ETUDE QUALITATIVE

#### 1 - Introduction

L'enquête d'observation montre les « gisements de qualité » à exploiter : quelles pratiques préventives doivent être améliorées en priorité, dans quelles populations. Mais l'enquête ne nous dit rien sur le « pourquoi » des pratiques, ni sur le « comment ». Elle ne suffit pas pour appréhender les mécanismes à l'œuvre : comment les conditions de l'exercice se combinent-telles avec las caractéristiques des patients pour aboutir à une prévention tantôt satisfaisante et tantôt défaillante. L'enquête quantitative n'indique pas non plus la direction à prendre pour améliorer la qualité des pratiques.

Nous avons pensé que les médecins qui avaient participé à l'enquête pouvaient nous faire avancer dans cette compréhension, et qu'à la lumière des résultats quantitatifs, ils auraient des choses à dire. C'est pourquoi, bien que n'étant pas sociologues, nous nous sommes permis de mener une enquête qualitative complémentaire, par la méthode des focus groupes.

## 2 - Objectif

L'objectif était de profiter de la mobilisation des médecins pendant l'étude quantitative, et de leur intérêt attendu vis à vis des résultats, pour les faire analyser ensemble les obstacles aux pratiques de prévention. Un deuxième objectif était d'identifier avec eux des pistes d'amélioration de ces pratiques.

#### 3 - Méthode

Les participants à l'enquête ont été invités à deux réunions de restitution complémentaires. A chaque réunion ils ont reçu des résultats de l'enquête. Lors de la 1<sup>e</sup> réunion ils ont reçu les résultats portant sur leurs pratiques individuelles ; lors de la 2<sup>ème</sup> réunion ils ont reçu les résultats de l'analyse des inégalités sociales de qualité des pratiques préventives.

Lors des réunions du 6 et 8 octobre, et 14 novembre, les médecins ont travaillé en deux groupes parallèles.

A chaque réunion, après la présentation des résultats, les médecins ont été invités à en débattre. Les échanges ont été enregistrés et retranscrits *verbatim*. Nous avons procédé à l'analyse du contenu des enregistrements.

Au total 434 minutes (7,2 heures) d'enregistrement retranscrites et analysées.

Date	Nombre de participants	Thèmes de la réunion	Travail en deux groupes	Durée totale d'enregistrement (mn)
6 octobre	15	Vécu de l'enquête Appréciation des indicateurs	Oui	95 + 61
8 octobre	12	Vécu de l'enquête Appréciation des indicateurs	Oui	27 + 48
14 novembre	21	Obstacles Pistes d'amélioration	Oui	73 + 82
9 décembre	9	Obstacles Pistes d'amélioration	Non	48

#### 4 - Résultats

#### 4.1 - Les interrogations soulevées par l'enquête

Dans un premier temps les médecins ont réagi spontanément aux résultats de l'enquête, dont chacun venait de recevoir ses résultats individuels.

#### 4.1.1 - Questionner sa pratique

4.1.1.1 - Découverte d'insuffisances dans l'enregistrement des données dans les dossiers, et dans la connaissance de certains risques.

La plupart des participants disent avoir pris conscience de manques dans les dossiers :

- précision insuffisante sur les dates de réalisation (« frottis/mammographie à jour » au lieu de noter la date du frottis), sur le prescripteur (notamment gynécologue et dépistage organisé), sur la taille et le type des polypes découverts lors des coloscopies, sur les antécédents de cancer du colon ;
- pas de renseignement sur les risques tabac et surtout alcool (comme dans beaucoup d'autres enquêtes en médecine générale)

Certains ont constaté que les données administratives (adresse, téléphone, statut vis à vis du médecin traitant) n'étaient pas notées, qu'ils n'avaient aucune information sur des patients qui les avaient déclarés comme médecin traitant.

Les informations du dossier étaient soumises à une double épreuve : le regard de l'interne et les réponses fournies par le patient aux mêmes questions. De plus l'étude assignait aux dossiers le rôle de source de données pour la recherche, ce qui est assez rare en médecine générale. Ce dispositif semble avoir été très efficace pour susciter l'envie d'améliorer la qualité des dossiers. C'est du moins ce que déclaraient les participants : une volonté d'améliorer fortement la précision des informations et le caractère systématique de leur recueil. Cette perspective optimiste sera à confronter à un « deuxième tour » à distance.

Je me suis aperçue que, finalement, en ce qui concerne la prévention gynéco, euh, les mammographies, elles étaient bien indiquées, euh, les frottis aussi, par contre qui avait fait le frottis, comme c'était marqué dans le dossier,ça j'ai pas fait ... et que la prévention finalement cardiovasculaire, c'était un peu ...euh...je dirais c'était pas aussi précis que ça l'aurait pu l'être, dans les antécédents familiaux notamment, qu'est ce qui y'avait d'autre dans cette étude? et y'avait euh alors dans l'histoire des coloscopies et tout ça, la taille des polypes, alors, là, je me suis aperçue que je ne marquais jamais avant la taille des polypes, ni le type de polypes ... ça, c'était ... voilà, ça, j'ai pris conscience de ça ... et puis, est ce qu'ils ont une mutuelle, pas une mutuelle? moi, je le marque jamais ...donc, voilà ... ça m'a pointé un certain nombre de choses ...

Moi, j'ai remarqué que les items que 'alcool', 'tabac' en dehors des patients à risques cardiovasculaires, je savais même pas s'ils buvaient, je savais même pas s'ils fumaient, c'était la découverte ...

#### 4.1.1.2 - Mise en doute de certains résultats et du bien fondé de certains indicateurs

Les indicateurs de tenue du dossier sont questionnés quant à leur validité : certains participants sont déçus par des performances inférieures à celles qu'ils attendaient. Une interprétation « défensive » de certains est de se demander « les internes ont-ils pu ne pas trouver les données dans les dossiers ? ». Une autre explication pourrait être une « scotomisation » du dénominateur utilisé implicitement par le médecin qui évalue sa performance préventive, incluant surtout les patients qu'il « suit tranquillement», (non prise en compte des patients vus en urgence, entre deux rendez-vous, ni de ceux dont un problème massif occupe toute l'attention, ni des patients « psy »…). La mesure objective de l'indicateur est cruelle, le dénominateur « médecin traitant » élargit considérablement la cible, que le médecin peut parfois considérer comme impossible à atteindre.

Une critique classique des approches par l'évaluation de la qualité du dossier est qu'il ne faut pas confondre soigner le patient et soigner le dossier. On pourrait tout aussi classiquement argumenter qu'il s'agit d'une condition nécessaire, même si elle n'est pas suffisante, et que sans données il n'y a pas d'évaluation, donc pas de démarche d'amélioration possible. Il n'empêche que la pesée rituelle à chaque consultation (tout comme la mesure de la pression artérielle), si elle ne s'inscrit pas dans une stratégie particulière de prise en charge, n'a pas beaucoup de sens.

Les réticences vis à vis de la recherche systématique de la consommation d'alcool s'expriment : « ne pas fliquer », crainte de gêner les patients, idée qu'on ne saura pas quoi faire de l'information (méconnaissance de l'intérêt du « conseil minimal « vis à vis de l'alcool ?.

Je suis très surprise, je suis assez surprise ... pas très, assez surprise, surtout pour ça, parce que je me dis, finalement, entre ce que les dames m'ont dit de la visite chez le gynéco, et moi, ce que j'ai noté, on devait retrouver ce que j'imaginais, c'est à dire que j'en avais 90 % alors, franchement, j'en ai même pas 50 %... ça, ça me paraît pas possible, enfin, pas possible ça me paraît bizarre ...

Enfin, bon ... après, on peut critiquer, dire aussi qu'effectivement le fait que les poids ne soient pas notés sur les dossiers ne mesurent pas la capacité qu'on a à faire maigrir le patient

Et l'autre aspect c'est: « Qu'est ce que je vais en faire ? (de l'information sur l'alcool) j'ai l'impression que je suis impuissant par rapport à ça » ... donc, je me demande si y'a pas une combinaison des ces deux choses là

#### 4.1.1.3 - Médecin traitant : mise en évidence d'une variabilité inter et intra médecin

Les participants sont confrontés au tirage au sort de 70 patients, 35 hommes et 35 femmes, dans leur liste médecin traitant. C'est une expérience très inhabituelle, l'inclusion de patients dans les recherches et les évaluations en médecine générale étant habituellement décidée par les médecins (et pouvant produire des effets de sélection majeurs). Ici les médecins découvrent une nouvelle réalité de leur liste : à côté des patients « normaux », il y a les inconnus, les entraperçus, les passagers clandestins, les « malgré moi », les indésirables...

Moi, ce que je fais, c'est que je leur demande systématiquement si je suis leur médecin traitant ou pas ...et je me suis aperçu que y'a plein de patients que je suivais depuis une éternité pour qui on avait jamais fait les papiers, et ça, c'est devenu systématique ...

Benh, je vais dire à peu près la même chose, c'est à dire que d'abord, je me suis aperçu que y'avait des gens dont j'étais le médecin traitant, je savais même pas qu'ils existaient ... parce que, ouais, y'a des gens qui avaient pas de dossiers du tout, (...) y'a des gens, j'avais signé des papiers sans le voir, benh effectivement, benh, je me suis dit, j'ai 50 balais, peut être qu'à la retraite, je serais un médecin acceptable (...) y'a encore des progrès à faire!

Qu'est ce que a changé pour moi ? benh, maintenant quand ils me disent : « est ce que je peux vous prendre comme médecin traitant Docteur ? » ... « si vous voulez, mais vous allez le regretter » , et puis, je leur pose des tas de questions que d'habitude je pose pas.

Y'a les patients qu'on voit régulièrement, qu'on connaît par cœur, qui sont au cordeau sur tout ... et puis, y'a toute une frange de patients qui sont inscrits dans nos listes, qu'on connaît très mal, qu'on a oublié, peut être qu'on a jamais rencontrés, on a juste signé une feuille, et en fait, c'est vrai qu'on les connaît pas, on n'a pas de dossiers, et on se rend pas compte qu'on est quand même un petit peu responsable de ...de leur santé ..

20% de ta clientèle fait 80 % de ton chiffre d'affaire ...

Le médecin s'interroge : suis-je responsable de tous ceux-là ? Et responsable de quoi précisément pour chacun d'eux ? Une position possible est : je m'engage auprès de celui qui s'engage.

Ouais, ça, c'est un peu culpabilisant, moi, je suis pas tout à fait d'accord, on est responsable de leur santé à condition qu'ils s'investissent aussi dans leur prise en charge, si on les voit ...

Cette position du médecin est probablement génératrice d'inégalités, ceux qui s'engagent dans des démarches de prévention et ceux qui apparaissent incapables de s'engager ne sont probablement pas dans des positions sociales équivalentes. Une question se pose : jusqu'où le médecin doit-il aller ? faire le premier pas ? les deux, les dix premiers pas ? Proposer ? Reproposer ? Rappeler ? Relancer ? La question n'est généralement pas discutée alors qu'elle pourrait faire l'objet d'un travail de réflexion collective, voire d'une protocolisation.

#### 4.1.1.4 - Intérêt pédagogique de l'enquête pour l'interne

L'interne a fait une démarche systématique sur 70 dossiers. Ne serait-ce que par ce travail répétitif il a intégré le référentiel de tenue du dossier. Il a vu aussi les limites et les manques de la pratique du « senior », il a compris l'intérêt du dossier informatique structuré, où les données sont toujours situées de la même manière, et l'intérêt d'outils comme les rappels automatiques et les tableaux de bord de suivi, lorsque le maître de stage dispose de ce type d'outils. De plus le maître de stage a pu lui transmettre certaines subtilités, ce qu'on n'écrit pas, ce qu'on formule de manière indirecte, etc.

La notre a passé les deux derniers mois de son stage non plus à faire de la médecine générale, mais à faire les questionnaires, ceci dit, je pense que c'est très formateur. Pour moi, l'intérêt de cette enquête il était essentiellement pédagogique, ça les a mis de fait devant comment gérer mes dossiers, comment je vais travailler, comment je vais ranger. Je pense que sur le plan ...on verra ce qu'ils nous renvoient eux, mais il m'a semblé que c'était vraiment une bonne façon que de les faire s'interroger sur comment ils vont organiser leurs dossiers à l'avenir ...

#### 4.1.2 - Quelle stratégie pour intégrer la prévention dans la pratique quotidienne

# 4.1.2.1 - Faut-il mettre en avant la prévention dès la première consultation ? Avis partagés.

Certains choisissent de mettre en place la dimension préventive de la prise en charge dès la première consultation, lorsque le patient demande à signer la déclaration de médecin traitant, quelque soit le motif de consultation. Ils considèrent qu'en procédant ainsi ils ont une action éducative, ils « annoncent la couleur » : voilà comment je travaille, si vous me déclarez comme médecin traitant je souhaite m'occuper aussi de tout ça, je ne suis pas là uniquement pour répondre à la demande. Parfois cette exigence est étendue à tous les patients, y compris ceux qui consultent en dehors du dispositif du médecin traitant. Il peut en résulter que des patients, étonnés et séduits par cette offre nouvelle de prévention, reviennent avec une demande de déclaration de médecin traitant par la suite.

Les opposants à cette approche systématique avancent différents arguments :

- l'approche préventive interfère avec l'écoute du patient. Le médecin ayant ses propres objectifs n'est pas totalement disponible. Le patient peut être désarçonné par les questions du médecin, qui n'explorent pas ce pourquoi il vient, mais qui montrent que le médecin poursuit ses propres objectifs (qui peuvent lui sembler obscurs):
- le patient arrive déjà souvent inquiet, voire angoissé, il ne faut pas « en rajouter »
- l'approche préventive allonge la durée de la consultation ;
- il faut que le patient manifeste une motivation, tout ne peut pas venir du médecin ;
- on a le temps, on construit la relation et on est plus pertinent pour proposer l'approche préventive dans un deuxième temps.

#### On peut identifier des lignes de tension :

- entre une approche « centrée sur l'écoute et la réponse à la demande» et une approche « préventive pro-active » ;

- entre une approche situant la responsabilité du côté du patient et une approche où la responsabilité est du côté du médecin.

Indépendamment de ces différences idéologiques les avis convergents sur plusieurs difficultés qui seront décrites plus loin.

Tu fais pas à chaque consultation le tour de tous les antécédents ...tu demandes pas ... à chaque fois que tu vois quelqu'un pour une rhinopharyngite, si son père a eu un cancer du colon ... enfin, moi, j'ai pas le temps de faire ça ...

Oui, et non , parce que moi, ce que je sens, c'est quand on fait comme ça ... On enclenche quelque chose avec le patient ... souvent ils disent ... et d'ailleurs je trouve que y'en a même aussi qui dans ce cas là, trouvent un prétexte pour revenir, et qui ont pas forcément demandé d'ailleurs la première fois le truc de médecin traitant, et quand tu fais un truc un peu systématique, ils reviennent avec le truc médecin traitant 8 ou 15 jours après ...- Voilà ! Ça veut dire que quand tu proposes cet aspect global, ils sont preneurs !

J'y crois pas moi , à ça ... à l'idée que parce qu'on doit signer un document imposé par l'organisation des soins ça fasse de nous le médecin désigné par le patient comme étant dépositaire de ses questions ... je crois pas ça ...

Les gens qui laissent un papier à l'accueil en disant qu'il faut le remplir, je le remplis et je le rends, et puis après, il se passe ce qu'il se passe ...

Moi, ça m' est déjà arrivé de poser dès la première consultation, de dire : « est ce que vous avez subi des sévices sexuelles dans la petite enfance ? » ... ça m'est déjà arrivé, première consultation, parce que je sentais que c'était possible, et puis y'a des gens à qui je peux jamais la poser cette question ... ou bien des années après ... notre premier entretien, donc c'est vraiment très, très aléatoire, et il nous faut laisser cette liberté de ne pas nous imposer des interrogatoires systématiques dès la première consultation, , moi, je le vois dans le CSCT où je travaille où c'est aussi l'infirmière qui pose ces premières questions systématiques, et puis, moi, ça le laisse, quelque part, ça m'arrange, parce que ça me laisse la liberté d'établir un lien un peu différente, qui est aussi nécessaire ... voilà, donc ...

Un argument pour installer la prévention au cœur de la prise en charge dès la première consultation est le message que le médecin fait alors passer au patient : je ne m'occupe pas seulement de résoudre les problèmes au fur et à mesure que vous me les posez, j'ai l'intention de vous proposer des conseils en rapport avec votre mode de vie, des soins de prévention et des dépistages, dans le but de vous aider à préserver la meilleure santé possible. Pour un patient jeune, ou pour un migrant, ou pour toute personne qui découvre la médecine générale, ce premier contact informe sur le périmètre de ce qui s'échangera avec le médecin, fait passer un message. Il peut déterminer, orienter, l'utilisation ultérieure qui sera faite des médecins et du système de soins. *A contrario*, une première consultation visant exclusivement à répondre, et le plus vite possible, à la demande du patient, signifie à celui-ci un certain usage de la médecine, d'où la santé et la prévention sont exclues. « Eduqué », le patient ne se risquera pas à autre chose que les plaintes.

# 4.1.2.2 - Est-ce intrusif d'interroger le patient sur ses caractéristiques sociales ? Qui est gêné ?

Des médecins ont été gênés par des questions portant sur le nombre d'amis, les revenus, considérées comme « indiscrètes ». Ces éléments ne sont pas notés dans les dossiers habituellement. Ils sont perçus comme des « confidences ». Cela va jusqu'à ne pas vouloir prendre connaissance des réponses faites par les patients dans les questionnaires alors que les patients savaient que le médecin en était destinataire.

Certains participants expriment que les résultats de l'étude ont modifié leur point de vue : les caractéristiques sociales sont nécessaires à l'évaluation du risque pour la santé du patient. Après tout, interroger sur la date du dernier frottis peut être aussi intrusif pour certains patients, et pourtant les médecins n'hésitent pas à le faire. Certains participants disent ressentir la satisfaction des patients interrogés par exemple sur leur pays d'origine.

Un médecin évoque la difficulté des médecins à interroger les femmes pour savoir si elles ont subi des violences ; la gêne ici pourrait-elle être du même ordre ?

Quand j'ai vu les questionnaires, ma première réaction a été... je les ai trouvés très intrusifs, et j'étais un peu gênée par rapport à ça, c'est à dire que j'ai trouvé qu'il y avait des questions qui étaient vraiment de l'ordre de l'intime ... dont je pouvais comprendre l'intérêt dans le cadre de l'enquête, mais dont je ne souhaitais pas forcément être au courant de la réponse ...

Non, mais ... non, pas spécialement la sexualité, mais ... combien vous avez d'amis? De combien de personnes vous sentez vous proches? quels sont, oui, quels sont vos revenus ... aussi, enfin, c'est pas des choses forcément que je note dans le dossier, en tout cas si on m'en fait la confidence, c'est pas des choses que je vais noter dans le dossier, et ça m'a un petit peu ...ça m'a un petit peu retenue, ce qui fait que je n'ai pas ... finalement, contrairement, à ce que je pensais, où je me disais je vais faire moi même un travail, et finalement, je me suis sentie indiscrète, et je me suis dit, si je ne savais pas ça, c'est que j'avais pas posé la question, probablement que quelque part, ça ne me regarde pas ...donc, voilà c'est une question ... je sais pas si d'autres ...

Moi, par rapport à ça, je me suis sentie même l'interdiction de regarder les réponses des patients ... je me suis dit, je ne peux pas, de façon éthique, je n'ai regardé aucune réponse des patients et je n'ai surtout pas comparé, parce que je me sentais l'interdiction justement de regarder ça ...

Je pense que ça a sa place dans le dossier médical ...c'est ça que je veux dire . C'est que, de la même façon, tu lui demandes si elle a fait son frottis, parce qu'à la limite, moi, je suis un mec, elle vient parce qu'elle a mal à la gorge je lui demande : « c'est quand votre dernier frottis ? », ça peut se discuter comme question,... elle peut me dire que ça me regarde pas ... t'es aussi intrusif quand tu poses ce type de questions, que quand tu dis c'est quoi votre boulot ... est ce que vous êtes dans la merde ou est ce que ça va bien ?

...Non,mais je suis d'accord ... je veux dire ... moi, j'ai ... y'a une question que je ne posais jamais avant parce que , faut dire que ma femme est d'origine africaine, mon beau frère qui est d'origine africaine il supporte pas qu'on lui dise : « vous venez d'où ? », moi, je posais jamais cette question, et en fait, en discutant avec les gens, tu t'aperçois ... ils sont très contents ... t'as de gens qui ont des histoires de vie, j'ai des étrangers qui ont des histoires de vie absolument fantastiques dans tous les sens du terme ... si tu leur poses pas la question, ils vont se fermer, ils vont pas te le dire, ils sont là pour un mal à la gorge, tu comprends mieux pourquoi il a mal au dos depuis 10 ans quand tu connais son histoire ... moi, je crois qu'on n'est pas assez ... y'a des domaines où on devrait être plus intrusifs ... on est très intrusifs dans des domaines somatiques ... mais dans le domaine social, on n'est pas assez intrusif je pense ...

et j'étais très surprise des réactions, c'est à dire que y'en a pas eu, bien au contraire, bien au contraire, c'était des réactions plutôt positives, et des gens qui m'ont dit des choses aussi ... et finalement, c'est de plus en plus ... je sais pas, y'avait quelqu'un qui parlait de la violence faite aux femmes, que c'était une question qu'il fallait poser systématiquement etc., je crois que c'est aussi de cet ordre là, on s'autorise pas à poser certaines questions qui finalement ne gênent que nous, et en revanche, je pense qu'on pose des questions qui pour nous ne nous gênent pas, et en face, on se rend pas compte à quel point ça gêne ... ...

Un médecin associe l'exposition au risque alcool et tabac à la position sociale (il a été décrit dans la littérature que les médecins recherchent, repèrent et enregistrent plus facilement ces risques chez les patients défavorisés).

Tu t'aperçois quand même que t'as des truc qui sont très marqués socialement, que tu peux peut être passer à côté ... j'ai le souvenir d'avoir fait le séminaire sur la mort prématurée, et ce qui m'a choqué, c'est que le dossier que j'ai pris (pour l'analyser pendant le séminaire), parce que j'en ai pas tant que ça des morts prématurées... j'avais pas marqué dans le dossier, alors que c'était évident que le mec était un alcoolo tabagique il est évidemment mort de ça ... et, c'est ça qui m'a le plus frappé, c'est que, je le savais quelque part, il suffisait de le regarder ... en fait, je l'avais jamais prise en compte cette histoire, parce qu'il était venu pour autre chose, je l'avais pas suivi non plus, c'était pas un patient qu'on voit tous les mois, et moi, depuis, ce truc, ça m'a un peu interpellé quand même ... si je m'étais un peu plus intéressé à son statut social, enfin, à ces choses qui sont dehors, ouais, je lui aurais peut être parlé du tabac plus facilement, et de l'alcool aussi ...

#### 4.1.3 – Que faut-il noter dans les dossiers ?

# 4.1.3.1 - L'enregistrement de données sensibles (alcool, comportement sexuel à risque, addiction...)

Certains participants craignent que l'information sur la consommation d'alcool passe du dossier informatique à des courriers destinés à des médecins « non concernés », ils redoutent aussi les réactions des patients lisant ces courriers. Un participant écrit (dossier papier) de manière moins lisible lorsqu'il s'agit de données sensibles.

Alcool, effectivement, je le notais pas, je le savais quand on en parlait, mais je le notais pas ... et le problème c'est que quand on le note dans les antécédents, ils apparaissent sur les lettres, sur les courriers, et donc, ça , ça pose problème parce que, quand on envoie, je sais pas , chez le dermato, et que y'a un problème d'alcool ... comme je ferme pas les lettres, quand je les donne aux patients, ils reviennent : « vous marquez pas ça la prochaine fois einh! » , je suis obligé de le marquer sur un espace libre où je mets ce que je veux ...

D'ailleurs une fois, j'ai ouvert le dossier devant une dame ... parce que nous, on n'est pas de chaque côté du bureau, les gens peuvent voir notre écran ... ... j'ai ouvert son dossier ... Elle a vu en même temps que moi, elle a vu alcool, je sais plus, c'était zéro, clopes, 25 ...et j'ai vu les rougeurs pudiques arriver ... sans un mot si tu veux,... sans qu'il y'ait une parole, j'ai mis la carte vitale, j'ai ouvert le dossier, elle a vu ça en gros ...euh...

Moi, ça m'a permis de m'apercevoir que j'avais deux écritures dans le dossier, j'en ai une grosse visible, et puis ... on se moque souvent sur mon écriture de patte de mouche, mais en fait, quand j'écris en pattes de mouche, c'est pas pour rien ...

#### 4.1.3.2 - Ecrire pour clarifier

Un médecin explique qu'il écrit pour expliciter, pour clarifier sa représentation du problème. Il constate que les autres médecins susceptibles d'utiliser les informations du dossier ne lisent pas cette prose là. Outre l'intérêt d'écrire pour clarifier et formaliser, il est probable que, pour les problèmes complexes, se relire réactive le vécu de la consultation. Cette lecture ne produit évidemment pas le même effet chez un autre.

Des fois euh... je mets plein d'informations dans le dossier pour expliciter les choses et tu te rends compte que celui qui est passé après toi, il n'a pas regardé, il n'a pas lu, il n'a pas compris, parce que finalement, ce que tu notes ... c'est presque, finalement, une manière de ... te mettre au clair ave cet aperçu mais si l'autre ne fait pas la même démarche d'aller chercher les infos, ce que tu as écrit ... ça lui est pas forcément utile ... je parle pour les cas un peu compliqués comme ça ... c'est assez particulier ... Enfin, bon... Là, on s'est un peu écartés, on est allés plutôt vers les consultations compliquées, mais on est partis de la question du logiciel ... juste vous êtes tous informatisés en fait ?

# 4.1.3.3 - Ecrire en pensant aux collègues qui seraient amenés à participer à la prise en charge

Le plus souvent, lorsque l'examen clinique est normal, les médecins ne détaillent pas le contenu de cet examen, et se contentent de signaler globalement l'absence d'anomalie. Après quelques années d'exercice le médecin généraliste a stabilisé le contenu de l'examen clinique. Ecrire « examen clinique normal » ou « biologie RAS » signifie qu'un ensemble de procédures cliniques ou biologiques ont été réalisées et qu'elles étaient toutes normales. Mais d'un médecin à un autre cet ensemble varie. Chez les participants à l'enquête, le recueil des données par l'interne met en question cette manière de faire, puisque l'interne ne sait pas ce que le médecin inclut dans les procédures réalisées quand il déclare « examen clinique normal » ou « biologie ras ». Au delà de l'enquête, ce type de raccourci pénalise le dossier comme outil de communication entre professionnels. Il faudrait soit détailler les procédures (mais jusqu'où ?) soit se mettre d'accord avec ses collègues sur le contenu.

Dans le domaine de la prévention et du dépistage cette question est cruciale. Un médecin note « antécédents familiaux RAS » : comment savoir s'il a vérifié l'absence d'antécédents cardio-vasculaires précoces dans la famille ? l'absence de cancer du sein et du colon chez un parent du 1<sup>er</sup> degré ? S'il note « antécédents personnels RAS », a-t-il questionné sur le tabac, sur l'alcool, sur la prise de risque sexuel ? La *seule* solution pour la prévention et le dépistage serait d'arrêter un noyau dur de questions, adapté au sexe et à la tranche d'âge, à poser systématiquement (le cas échéant à intervalles réguliers). Ce questionnaire pourrait être intégré dans tous les logiciels de dossier médical.

Quand dans mon dossier, je mets 'examen complet normal', y'a que moi qui sais ce que c'est qu'un complet normal ... j'ai regardé la tyroïde, est ce que j'ai écouté le carotide ... mon interne, elle sait pas ... moi, je sais ce que ça veut dire, je sais que j'ai pris la tension, que c'était normal, je sais que le poids était stable, elle, si elle cherche, elle sait pas, donc, c'est pas anodin ...

Moi, je sais ce qui fait partie de mon examen normal, alors, depuis, j'ai fait une petite maquette, avec tout mon examen habituel, et je m'oblige à cocher, c'est très chiant, mais je m'oblige à le faire, en me disant : « benh, effectivement, y'a pas que moi qui regarde » ...

Il faudrait réfléchir à quel intérêt ... vraiment ... Vraiment pour qui, est ce que c'est pour le remplaçant ? ça vaut le coup pour le remplaçant ...

Puisque je n'écris que très peu de choses sur informatique et beaucoup sur papier ... que j'ai donc des dossiers un peu épais, j'étais déjà dans l'idée de me dire, quelqu'un qui prendrait le relais dans le cabinet ... est ce qu'il serait capable de se retrouver dans ces montagnes d'infos ?

#### 4.1.3.4 - Ce que je note et ce que je sais

La méthode de l'enquête met en évidence que le médecin sait bien plus de choses sur son patient que ce qu'il note dans le dossier. La consommation de tabac ou d'alcool en sont des exemples. Le médecin peut ne pas les noter parce qu'elles sont négligeables (même chose pour les chiffres de pression artérielle ou toute autre donnée clinique). Un médecin déclare ne pas noter les consommations élevées, ni les comportements sexuels à haut risque parce qu'il ne veut pas stigmatiser ses patients.

Noté dans le dossier par écrit, y'a un certain nombre de choses justement ...et c'est là que j'étais un peu en misfit avec ma stagiaire, c'est que y'a plein de choses que je sais sur les gens,et que je ne veux pas noter parce que je pense que c'est des choses qu'il ne faut pas noter; j'avais connaissance de beaucoup de réponses,elle mettait 'ne sait pas' parce que c'est pas noté dans le dossier ...

Tu connais plein de choses en plus que ce qu'il y a d'écrit sur le dossier, c'est vrai que sur le dossier, y'a des choses que j'écrivais pas, que j'écris maintenant, parce que je me dis : 'ouais, bon, d'accord, ils disent qu'il faut écrire la tension, je vais marquer la tension' ... mais comme tu dis, de temps en temps, les tensions normales, on les écrit pas, et moi, ce qui est vrai, dans ma consultation, ce que j'écris, c'est ce qui est utile ... j'ai hiérarchisé les choses, j'ai sabré les trucs, y'a des choses que je ne veux pas écrire aussi... quand mes tox me racontent toute leur histoire, je ne marque pas, quand les homos viennent me raconter leur sexualité boucherie charcuterie, je ne le marque pas toujours, d'accord, même si ça induit des pathologies... et c'est vrai que c'est toute la connaissance de ça ... ça, je l'ai transmis à l'interne, en même temps que je faisais l'étude ...

#### 4.2 - Les obstacles à la prévention

Dans un deuxième temps, après avoir pris connaissance de l'analyse des pratiques du point de vue des inégalités sociales de santé, les médecins ont été incités à aborder les obstacles à la prévention.

#### 4.2.1 - L'argent et le temps

Aujourd'hui le médecin généraliste est payé à l'acte. Tous les actes sont rétribués au même tarif. Plus le médecin généraliste fait d'actes et plus il gagne de l'argent. Evidemment, plus les actes sont brefs et plus il peut en faire. Pendant une consultation où le patient exprime une demande (soulager un symptôme par exemple), toute initiative du médecin pour proposer un

acte de prévention ou un dépistage rallonge la durée de la consultation. Proposer de la prévention c'est perdre de l'argent.

Il faut nuancer ce raisonnement : le patient peut être séduit pas l'offre de prévention, ce qui peut le fidéliser, ou lui faire recommander le médecin à d'autres personnes.

Si l'offre de soins dépasse la demande et les médecins sont en concurrence entre eux (situation des années 80-90), l'offre de prévention, « cerise sur le gâteau », est une stratégie pour accrocher la clientèle et gagner des parts du marché. Mais aujourd'hui la situation s'est inversée et les médecins généralistes ne sont plus en concurrence.

Une logique strictement économique devrait conduire les médecins soit à ne pas proposer de prévention, soit à proposer aux patients de revenir consulter spécifiquement pour la prévention, en sélectionnant des actes de prévention brefs (vaccination par exemple). Tout acte concernant un changement de comportement (alcool, tabac, sédentarité, alimentation) est antiéconomique, puisque nettement plus long qu'un acte de soins standard (c'est à dire un acte destiné à répondre à une demande).

Le paiement d'honoraires pour un acte répondant à une demande paraît normal aux deux protagonistes. Par contre, il est difficile au médecin de demander des honoraires pour un acte qu'il a lui même suscité.

Si c'est moi qui demande au patient de faire quelque chose, et il accepte de le faire, c'est moi qui lui dois quelque chose, je ne peux pas lui demander de me payer!

Les activités préventives demandent du temps en plus qui s'ajoute au temps nécessaire pour répondre aux demandes et aux besoins des patients. C'est du temps en moins pour faire d'autres actes. Il faut un autre mode de paiement. En faisant de la prévention je perds de l'argent!

Pour ce qui est de l'obstacle du côté du médecin, y'a l'absence de rémunération, c'est une évidence ... pour faire de la prévention ... Donc parfois, moi, j'arrive à faire revenir la personne pour le frottis, mais c'est pas évident ...

Ce qui est rémunérateur, c'est ce qui est curatif ...

Non, mais ça, c'est le problème, c'est le paiement à l'acte ...globalement, ils sont persuadés que la prévention est absolument indispensable, le problème, c'est qu'on n'est pas payés pour, et donc, on le fait pas ...

Moi, je trouve que y'a beaucoup de choses à faire, et maintenant on est sensibilisés au fait de faire beaucoup de choses ... ce qui est vrai, c'est que y'a peut être un problème de temps et un problème de rémunération pour tout ce qu'on fait, voilà, c'est tout ...

(Concernant la réalisation des frottis) C'est la raison pour laquelle, ça peut pas se faire à la fin de la consultation, quand y'a eu déjà 5 motifs ... il faut une consultation à part entière, expliquer au patient, si le résultat est positif ...

#### 4.2.2 - Différences sociales dans la manière de consulter

Quand les participants se mettent en position d'analyser les inégalités d'accès, ils évoquent de manière assez homogène la différence de demande de soins préventifs entre le haut et le bas de l'échelle social, qu'ils relient à des différences de « culture de santé », avec le haut qui demande trop et le bas qui non seulement ne demande pas, mais ne vient même pas suffisamment régulièrement pour la prise en charge des pathologies chroniques déjà diagnostiquées. Lorsqu'un patient socialement défavorisé vient pour le suivi d'une ou plusieurs pathologies chroniques, il y a tellement de choses à faire, que c'est très difficile de s'occuper en plus de la prévention. Quand à la fin de la consultation le patient « sort ses étiquettes » pour le dépistage du cancer colorectal, le médecin a le choix entre s'en occuper et être « extrêmement énervé », ou ne pas s'en occuper et être « hyper-coupable ».

Quant aux patients socialement défavorisé qui n'ont pas de pathologie chronique connue, ils viennent pour chercher une solution rapide à un problème aigu, en consultation sans rendezvous, alors que le médecin a très peu de temps à leur consacrer (« c'est de l'abattage »).

Si l'on prend d'autres facteurs de risques, on sait très bien que les professions les plus élevées socialement vont vous demander le bilan annuel que vous allez souvent refuser en disant : 'il était très bon l'année dernière', alors, que les autres, il faut qu'on les fasse venir, même des gens qui sont malades, on n'arrive pas à les soigner... on le voyait bien, les maçons portugais, pour prendre un exemple, ne viennent pas régulièrement tous les trois mois, même s'ils ont un diabète ...ou un hypertendu ne vient pas consulter ...

J'ai été assez marqué par la phrase de Laurent , état pré-contemplatif, et le fait que nous, MG, et les chiffres le montrent einh, on modifie pas grand chose, on est neutres par rapport à la position sociale, et mon vécu des patients qui viennent en fin de consultation te montrer les lettres, les invitations, (...) avec les étiquettes, et puis mince, il va falloir que je perde encore 10 minutes à sortir la boite, monter, etc. ... et le sentiment que j'ai à ce moment là, je suis extrêmement énervé et en même temps je me sens hyper coupable ...

On est marqués par notre patientèle, et le lieu où on est ... je suis en Seine Saint Denis avec une patientèle immigrée beaucoup, socialement défavorisée ... et c'est vrai que j'ai du mal à suivre des bonnes pratiques et des missions de santé publique dans ma patientèle, c'est beaucoup plus difficile, et, y'a des comportements qui m'irritent ... par exemple, c'est pas du cancer, c'est du cardiovasculaire, mais hier, y'a un patient qui est venu me voir, il est venu en dehors des rendez vous, pour euh... un petit truc en dehors de son diabète, or son diabète, c'est n'importe quoi, il fait n'importe quoi, il prend pas ses traitements, et le faire rentrer dans les bonnes cases ce patient, alors que pour lui, le capital santé ça veut rien dire, lui, ce qu'il intéresse, c'est de fonctionner pour pouvoir manger et puis voilà ...

En regardant mon mode d'exercice, je pense que c'est la consultation libre qui génère des inégalités ...Parce qu'en rendez vous, c'est d'abord des gens qui ont plus de temps, plus d'argent, plus ... enfin, j'ai l'impression que c'est des gens plus aisés ... et donc là, j'ai plus de temps de faire ... de l'interroger, de discuter, de consulter, de conseiller, alors que la consultation libre, c'est de l'abattage, c'est, on répond à la question qui est posée ...

Comme on dit, les gens, euh, le milieu social le plus bas, consulte moins souvent, moins à temps..., et quand on le voit ce patient qui fait pas bien les choses, qui vient tous les six mois au lieu de tous les trois mois, et bien, on a tellement de choses à faire, ça revient à ce qu'on a dit ... c'est pour ceux là qu'on a encore moins le temps de faire de la prévention, et en fait, on est sûrement encore plus inégalitaires qu'on le croit...

#### 4.2.3 - Le dégoût, la pudeur, la crainte d'avoir mal

La nécessité de manipuler des selles de manière répétée est un frein au dépistage du cancer colorectal, largement partagé. Le médecin lui-même peut être gêné d'avoir à expliquer la procédure. Le dégoût des selles fait partie des acquis de l'éducation du petit enfant, et il paraît plus ou moins insurmontable à beaucoup d'adultes. Le niveau d'éducation et la culture modulent ce ressenti, mais pour certains patients c'est un obstacle majeur.

Pour le dépistage des cancers gynécologiques les obstacles évoqués par les médecins sont la pudeur des patientes et leur crainte que les examens soient douloureux.

Donc pour le dépistage du cancer du colon, je pense que l'obstacle inhérent au patient tient à la difficulté de la procédure, enfin, c'est pas évident, c'est pas difficile au sens compliqué, enfin, tout le monde n'a pas envie de se prêter à ...ce qui est demandé, euh...y'a une forte implication personnelle ...

Et puis après, je voudrais que les gens qui s'occupent d'Adeca nous disent si toucher au caca, c'est un vrai frein pour les patients ...

Et moi, je voulais aborder deux autres points par rapport aux obstacles puisqu'on liste ... qui sont un peu d'un autre ordre, c'est qu'on ne touche pas à n'importe quelle partie du corps quand on s'occupe de ces trois cancers... je pense qu'on a tous observé que de parler des selles, c'est pas quand même absolument évident, mettre ces selles sur un carton ... y'a des gens pour lesquels ...y'a des gens que ça fait ricaner ... je sais pas, les dames maghrébines, apparemment, ça a pas l'air de fonctionner ('je peux pas, je peux pas' *imite*) ... donc, euh ...toucher le caca, y'a un face à face qui n'est quand même pas dans notre culture ... le frottis, ce n'est pas non plus tout à fait rien, c'est une position physique un petit peu particulière ... quant aux seins ...euh ... rares sont les femmes qui aiment passer une mammographie pour des raisons physiques, y'en a beaucoup qui disent : « oh là, là, j'ai horreur de ça, ça fait mal, je déteste qu'on m'écrase les seins ... », quand même ... on touche au

corps pas n'importe où donc, c'est quand même pour les trois ,pour des raisons différentes ... un obstacle ...

Y'en a un (obstacle) qui me paraît évident : la pudeur des patients ... c'est tellement énorme, que moi, y'a certains patients qui me disent : 'non, je ferai pas ça'

#### 4.2.4 - La responsabilité du patient

Un médecin explique que s'il voit un patient de manière très espacée, le « retard de prévention » s'accumule, et ne peut pas être rattrapé en une seule consultation. Le médecin se justifie : « c'est leur choix » (de ne pas venir régulièrement le voir). Pourtant s'il en a la possibilité (« s'il n'y a pas de monde ») il essaie de rattraper. Mais il ne considère pas qu'il y a de bons et de mauvais patients (faut-il entendre qu'il n y a pas de bonnes et de mauvaises prises en charge ?). Par ailleurs il évoque une circonstance malheureuse : un patient a reçu le questionnaire un mois après un diagnostic de cancer du colon.

... Je considère que les patients vivent leur vie, et ont la relation qu'ils ont envie de vivre avec la médecine ... y'en a que j'ai pas vus, toi, tu dis que c'est par rapport à ta pratique, moi ... c'est pas forcement par rapport à ma pratique ... mais y'en a, ils viennent me voir tous les 5 ans, je me suis rendu compte ... tant mieux, tant pis, einh, c'est leur vie, c'est leur choix ... moi, je vais pas les emmerder, moi, tu vois, quand ils viennent me voir pour un certificat de sport, c'est vrai que je vais prendre la tension, machin, et tout, mais je vais pas leur dire : 'votre mammographie, et votre frottis ?» ... si y'a pas de monde, bien sûr ... il faut savoir tendre des perches, c'est notre boulot ... mais, pour moi, y'a des patients, point! Y'a pas de mauvais, ni de bons!

Un autre médecin explique que dans son cabinet les patients se distribuent chez elle « la bavarde » (elle pose beaucoup de questions) ou chez son associée qui ne s'intéresse pas à la prévention. Le patient est libre de ne pas revenir (et ne s'en prive pas). Le médecin est libre d'annoncer la couleur.

Dans mon cabinet, on est deux généralistes, moi, je suis la bavarde, d'après mon associé, et en fait, je pose des tas de questions ... y'a un certain nombre de patients qui ne veulent pas que dans le dossier il y'ait les vaccinations, l'infarctus du grand père, et le ... c'est clair, et je les vois plus, je les vois une fois, et après, je les vois chez mon associé qui lui ne pose pas ces questions là ... donc, je crois qu'on est aussi choisis en fonction ...de ... « je veux pouvoir aller vite et qu'on me fiche la paix! »

#### 4.2.5 - La responsabilité du médecin

Le médecin qui propose un examen de dépistage doit s'organiser pour assurer le suivi en cas d'anomalie détectée. Si le patient ne revient pas spontanément il doit le contacter (donc il doit avoir l'adresse et/ou le téléphone du patient actualisés). Il y a un risque d'oubli, ou de malentendu si chaque protagoniste attend que l'autre prenne l'initiative. Appeler le patient est contraire à la situation habituelle dans laquelle c'est le patient qui demande.

Certains médecins s'interrogent sur le périmètre de cette responsabilité : l'organisme gestionnaire du dépistage du cancer colorectal envoie un courrier conseillant au patient de se rendre chez son médecin pour recevoir le test ; que se passe-t-il si le patient ne demande pas le test et si le médecin ne le propose pas ? la responsabilité du médecin est-elle engagée ? L'obstacle ici est l'absence de définition claire et acceptée de la mission de santé publique du médecin traitant.

Comment on s'organise, on a le même problème lorsqu'on donne une examen un bilan à un patient, c'est à dire qu'une fois que le patient va l'avoir fait, qu'est ce qu'on fait ? est ce que c'est lui qui revient nous voir ? Est ce qu'on lui dit : 'vous revenez nous voir', mais, alors, si c'est normal, qu'est ce qu'on fait, on est embarrassés, ça renvoie aussi à nos problèmes d'honoraires ...ou bien, est ce qu'on lui dit : « je vous appelle si c'est pas bon », mais là, t'es vite débordé, je vous en parle aujourd'hui, parce que j'ai eu un problème avec ça y'a quelques jours, j'ai pas rappelé le patient, il avait une anomalie biologique, que j'ai considérée comme mineure, c'était à la limite, une triglycéridémie à la limite, un patient que je suis tous les ans, il a fait un infarctus une semaine après, ils sont revenus une semaine après avec sa femme : « vous nous avez pas appelé », ça n'avait aucun rapport ... mais il est clair que ça revient, je me suis posé la question, j'en ai parlé avec quelqu'un de très proche qui est juriste... en lui disant : « quelles peuvent être les

incidences ? », est ce que je dois mettre en bas de mes ordonnances : « le médecin ne prend pas d'appels téléphoniques pour donner son avis », vous voyez, donc, tout ce que vous vivez, tout ce qu'on vit au quotidien ...

Ca peut être un obstacle au dépistage, à la prévention, tu envoies des choses, tu fais faire un Hémoccult, tu chopes un patient à la fin de la consult, tu lui donnes le test, il revient positif, puis, le gars ne revient pas et puis il t'appelle pas, ou tu l'appelles pas, qu'est ce que t'en fais ?

Les gens qui reçoivent un courrier d'ADECA, une invitation à le faire ... et après, toi, on te dit est ce que malgré le fait que c'est pas vous qui recevez... enfin, si, on reçoit les enveloppes ... vous pensez systématiquement à rappeler à vos patents que ça existe et que ça serait bien qu'il le fasse quoi ... y'a deux choses y'a le faire et puis le conseiller ... Est ce que j'ai pensé à lui rappeler qu'il l'a pas fait, qu'il l'a jamais fait ...

Et puis après, toujours dans la charge du médecin généraliste ...il a de plus en plus de missions, c'est une question qu'il faut poser, à partir du moment où il est dans la tranche d'âge, il faut poser la question « avez vous reçu étiquettes ? » -moi, je les ai jetées .. donc, si on pose pas la question...

Au niveau juridique, est ce qu'il est déjà arrivé qu'un médecin puisse être attaqué par le fait qu'il n'ait pas proposé, à un patient chez qui on a découvert un cancer du colon ...il est médecin traitant de ce patient ...est ce qu'il est arrivé ...

Moi, ça me gêne, l'histoire de l'aspect médico-légal là, dans notre raisonnement, c'est complètement parasitant, je le dis clairement, parce que dans notre raisonnement de médecin, même si je dois en tenir compte après, j'ai ... C'est pas le médico légal qui me dicte ... qui me fait prendre telle décision ... c'est pour ça que je supporte pas que ce soit écrit au tableau ... (se réfère à ce que l'animateur note au tableau)

La question de la responsabilité juridique du médecin dans le domaine de la prévention, comme dans celui du suivi des pathologies chroniques, n'est absolument pas claire. Le message des assureurs, notamment lorsqu'ils interviennent dans l'enseignement sur la responsabilité médicale organisé par les départements de médecine générale pour les internes, est inquiétant. Il est conseillé de refuser de suivre un patient qui n'est pas observant, qui ne suit pas les conseils du médecin. Il est question par exemple du cas d'un patient à haut risque ce cancer colorectal, à qui lé médecin avait prescrit en vain une coloscopie à plusieurs reprises. Le patient est décédé d'un cancer colorectal. La responsabilité du médecin a été mise en cause parce qu'il n'avait pas adressé le patient à d'autres confrères qui auraient pu être plus persuasifs.

#### 4.2.6 - La motivation

Avoir trouvé un Hémoccult positif, suivi d'une confirmation diagnostique de cancer, et d'une chirurgie aboutissant à la guérison, est une expérience qui va marquer le médecin généraliste, l'ancrer fortement du côté du dépistage. A contrario, on peut se demander si la répétition des résultats négatifs (ce qui est la règle) n'est pas un facteur de démotivation.

Moi, j'ai un portugais que j'ai été chercher jusqu'au fin fond du Portugal pour faire son Hémoccult, et c'est revenu, il avait un cancer du colon, il s'est fait opérer, il est reparti au Portugal guéri, donc, j'ai pas cette sensation là et je trouve que les gens adhèrent vachement bien à ce genre de ...

D'une manière générale la motivation pour la prévention et le dépistage est associée positivement au sexe féminin du médecin. Ce constat est étayé dans la littérature.

Ce n'est pas que les difficultés matérielles, c'est aussi un élément de motivation, quand tu vois que les femmes médecins sont à près de 40 % à en faire, alors que la moyenne doit être à peu près comme ça à 25% ... donc je pense que c'est quand même dans la volonté d'investir ce champ là

Pour le dépistage du cancer du col, la motivation du médecin est déterminée par l'offre gynécologique environnante. Un généraliste de sexe masculin va faire des frottis en banlieue, là où il n'y a pas de gynécologues ni de généralistes de sexe féminin. Changement de contexte, installé à Paris avec une collègue, il ne fait plus de gynécologie du tout. Au risque de laisser quelques patientes sans suivi.

C'est clair que quand j'étais installé à Créteil ... je faisais que ça, j'en avais fait beaucoup depuis un certain nombre d'années et à partir du moment où je suis arrivé à Paris, installé avec une femme, j'ai cessé toute pratique de gynéco.

Une généraliste qui se déclare compétente en gynécologie, dans une logique de sous-spécialisation, va attirer l'activité gynécologique au dam de son associée, femme également et tout aussi compétente, mais qui n'affiche pas cette compétence. Ce constat permet de penser que pour la plupart des patientes « le frottis » est une affaire à part, une affaire de spécialiste. Les médecins généralistes savent que des patientes peuvent les consulter pour une pathologie gynécologique relativement sérieuse (pathologie infectieuse par exemple), alors qu'elles iront voir un(e) gynécologue pour le frottis, geste de routine qui ne demande pas de grande compétence. On peut faire le parallèle avec les parents de nourrissons qui consultent le pédiatre pour des vaccins programmés, et le généraliste pour des problèmes aigus potentiellement graves. Probablement, la disponibilité du généraliste pour répondre aux situations d'urgence joue un rôle dans ces pratiques des patients.

C'est vrai qu'effectivement euh, moi je suis associée avec une femme, pendant un certain nombre d'années où elle avait mis euh... qu'elle faisait, je sais pas, qu'elle était compétente en gynécologie, je sais plus ce qu'elle avait mis comme indication particulière, qui faisait qu'effectivement les femmes venaient la voir pour ... plus spécifiquement en gynécologie euh... jusqu'à ce que j'ai remis un peu les pendules à l'heure, j'étais frappée par le nombre de jeunes femmes que je voyais me demandant les coordonnées d'une gynécologue pour faire un frottis ... alors qu'elles me demandent de renouveler leur pilule... alors j'ai fait pas mal de frottis ...

Pour continuer ce que tu viens de dire quand c'est des nouvelles patientes qui arrivent, si elles me demandent des adresses, je leur dis : 'je suis désolée, c'est de la médecine générale, je fais' ...et je m'entends très bien avec les gynécos, y'a pas de soucis ... d'autre part, y'a toute une clientèle de gens du voyage qui viennent me voir que pour la gynécologie, ce qui me pose un problème, parce qu'elles sont à la CMU, c'est pas grave, mais quand elles ont pas la CMU ... là, je suis obligée de marquer 'urgent' sinon, elles seraient pas remboursées ...

Certaines femmes ne consultent pas les gynécologues : femmes socialement défavorisées, ayant des pathologies chroniques somatiques ou psychiatriques, femmes âgées. Pour ces femmes, le seul recours gynécologique est le médecin généraliste, à condition qu'il ait réussi a développer une relation de confiance avec elles, qu'il accepte de conserver un minimum de pratique gynécologique, et qu'il ait développé une bonne compétence technique. En effet chez ces femmes la réalisation du frottis est plutôt plus difficile techniquement, et demande plus de temps. Le médecin doit réellement construire sa motivation sur l'idée de « prise en charge globale » pour réaliser le suivi gynécologique de ces patientes.

Ce frottis, ça caractérise l'acte de gynécologie du gynécologue ... alors que, les femmes n'iront pas voir leur gynécologue pour des infections génitales, pour des ... mais en revanche, la gynécologue sera fléchée pour des frottis, ça c'est quand même assez étonnant quand même ... c'est quand même parfois un peu plus compliqué ces problématiques d'infections!

Ce qui serait intéressant, c'est cette mention, moi, je crois pas que ce soit le mot paresse, cette dimension d'inertie, ou quelque chose comme ça ... est ce qu'elle est socialement différenciée, est ce qu'elle est différenciée en fonction de l'âge, ou est ce qu'elle est différenciée en fonction de ... parce que tu as des femmes euh ... à qui c'est plus facile de ne pas faire quelque chose (faire l'examen gynécologique) ... t'as des patients avec qui tu peux passer ... tu vois ? - Le collant de contention 3, et le dim up, c'est pas tout à fait la même chose ! - C'est ça, c'est quand même souvent plus facile de faire des frottis aux jeunes filles qu'aux dames de 60 ans ... C'est comme ça

La pratique de la gynécologie nécessite quelques aménagements de l'espace du cabinet médical, ce qui n'est pas toujours possible.

Y'a quand même plein de généralistes , qui travaillent sur un coin de table ... qui n'ont pas le recul pour faire l'examen gynéco, tu vois, ils ont même pas le recul pour les étriers, y'a tout un aspect comme ça qui est un obstacle.

#### 4.2.7 - Dossier médical : outil logiciel inadapté

La plupart des médecins déclarent que les dossiers informatisés sont inadaptés, mais n'explicitent pas en quoi ils le sont. Ils mettent en avant l'hétérogénéité des pratiques d'utilisation du dossier: que noter, comment noter, où noter, comment retrouver l'information...

Mes outils de travail, les dossiers qu'on utilise papiers ou informatique, est ce qu'ils sont adaptés pour ... garantir le suivi des données du dépistage et de prévention ? Je pense que non, que nos outils sont mal adaptés à ça ...

Je pense que nos outils de travail sont mal foutus, et ne nous permettent pas d'avoir un œil précis, organisé,...

Noter le frottis, noter la mammo ... Comment on note ? Où on note ? Comment on va le retrouver ... moi, je trouve que c'est un obstacle, un des obstacles les plus importants qu'on a en consultation ...

Y'en a qui sont de bons logiciels, mais y'en a qui sont archi nuls ...on voit bien qu'ils n'ont absolument pas été conçus pour faire de la santé publique, c'est totalement absent du champ quoi, même pour l'analyse du dossier ... moi, malheureusement, je travaille à plein temps sur un logiciel de m... comme ça ...

Je suis pas sûre que le dossier informatique soit actuellement facilitateur Intuitivement, on pourrait penser qu'il l'est ... et en particulier, quand tu dis, dans le dossier, on perd un temps fou, parce qu'on feuillette, soit sur le papier, soit sur l'informatique ...moi, je ne crois pas que ce soit une perte de temps, et le temps du feuilletage n'est pas du tout une perte de temps... enfin, tu perds du temps, il se passe quelque chose ...c'est un temps très particulier dans la consultation ...

Certains médecins sont satisfaits des dossiers informatiques pour la prévention, ils ont adopté une attitude systématique qui consiste à noter dans une zone « utilitaire » fourre-tout les informations qui leur tiennent à cœur.

Ça dépend des logiciels, moi, dans mon logiciel, dès que j'ouvre mon dossier patient t'as une case 'utilitaire' qui arrive, et sur cette case utilitaire, t'as toutes ces choses là que je note ... frottis machin telle date, mammographie telle date, euh ... dépistage du cancer du colon telle date, à refaire dans deux ans ...

Moi, je pense que l'outil informatique est quand même un grand avantage par rapport à l'outil papier pour pouvoir classer les informations, c'est quand même sa raison d'être ; le problème de noter les choses et d'aller les rechercher c'est pas spécifique au problème des trois cancers ....on a tellement de choses à noter dans le dossier pour les mises à jour, de l'adresse, du téléphone, de la profession qui a changé, des vaccinations... enfin, bon, y'a énormément de choses à noter sur un dossier patient, et c'est ça le problème, on ne note pas tout ...donc, moi, par exemple, c'est vrai je ne surveille pas le frottis de mes femmes ...

Mais cette manière de faire interdit d'extraire des informations automatiquement. Elle ne peut permettre ni la mesure d'indicateurs ni la génération de rappels automatiques.

Les participants sont très critiques vis à vis de la politique commerciale des logiciels, et encore plus vis à vis de l'absence de contenu médical commun à l'ensemble des logiciels. La nécessité d'une réflexion professionnelle commune sur le contenu et la structuration des données est exprimée.

Méd... (marque de logiciel), ça a été au départ développé par un médecin informaticien, c'est un logiciel qui m'a plu en 96, je m'étais installé, je m'étais intéressé à la question ... leur optique, c'était de le vendre très cher avec une maintenance peu chère, et au fur et à mesure, le truc a changé, et donc maintenant, la maintenance est très chère, et le produit est pas cher, (?) plein pot au départ ... leur dernière astuce c'est de nous envoyer des écrans de pub... Et donc, tous les matins, en arrivant, je supprime le fichier téléchargé le dossier pub, et comme ça, c'est un écran noir, et de temps en temps, j'ai un message de Méd... qui me dit : « si vous ne téléchargez pas vos trucs, vous devez payer ...(?) de l'abonnement », donc, je télécharge le truc parfois pour qu'ils me laissent tranquille quelques temps ...

La faible lisibilité des dossiers papier (même « stabilobossés ») est bien connue. L'agaçante double saisie (par exemple dans le dossier du médecin et le carnet de santé de l'enfant) également. L'éprouvant passage des dossiers papier aux dossiers informatisés aussi!

Y'a des infos stabilobossées les mammographies, les colos ...Pour les vaccins, pareil ...Y'a des fois où je me dis que ça serait sympa que tout apparaisse bien lisible ... y'a aussi la lisibilité des choses, mais bon, je suis trop paresseux pour me lancer dans ce travail de titan ...

Aujourd'hui encore, cet après midi, j'ai encore rempli des carnets de santés de gamins que j'avais pas vus depuis un moment, etc. j'ai quand même rempli le dernier tétanos ... et les (?) et les hépatites ... euh, ça prend du temps chaque fois...

Moi, je me souviens d'une année horrible, y'a 10 ou 12 ans ... d'une année terrible, où j'ai passé, chaque fois que je voyais un patient, je prenais , je sais plus comment j'ai fait, mais la plupart des patients que j'avais pas encore rentrés, je demandais à la secrétaire de mettre une demie heure, voire 3/4 d'heure de rendez vous pour ... reprendre le dossier parce que bon ... sinon, tu peux pas le jeter ... soit tu le fais complètement, soit tu le fais pas, tu peux pas le faire à moitié ... donc, pour pouvoir le jeter ... t'es obligé, c'est long ...

#### 4.2.8 – Les « demandes concurrentielles» et les « maladies écrans »

Un obstacle fait consensus : il s'agit de la difficulté pour introduire la prévention dans une consultation motivée par autre chose, soit le suivi d'une pathologie lourde, soit un problème ressenti par le patient. Concentré sur le problème principal le médecin peut oublier la prévention. Ou bien il peut constater que le temps alloué à la consultation a été consommé par la gestion du problème principal. On peut se référer au concept décrit dans la littérature de « competing demands », qui correspond à la tension générée par des problèmes qui sont en concurrence au cours de la consultation.

Un participant propose le concept de « maladie écran », qui est adopté par d'autres. Il ne s'agit pas d'un écran dressé par le patient pour se masquer à lui-même des éléments importants pour sa santé. Il s'agit d'un écran pour le médecin. Celui-ci est centré sur la prise en charge de la pathologie, à laquelle il donne priorité, et il en oublie la prévention. Par analogie des médecins évoquent la « situation sociale écran » : les difficultés sociales du patient absorbent l'énergie du médecin qui n'a pas la possibilité de gérer la prévention en plus. Enfin les tâches administratives et de coordination peuvent également produire cet effet.

Oui, mais moi, sincèrement, quand je vois quelqu'un devant moi qui est en âge d'avoir l'hémocult, il m'arrive de pas poser la question : « l'avez vous fait ? », parce qu'il vient pour autre chose ...parce qu'il a un autre problème , parce qu'il a un diabète, parce qu'il a un autre truc ... et donc j'y pense pas ...

Quand quelqu'un est atteint d'une pathologie grave ou d'une maladie de longue durée, chronique, que ça ait un effet d'effacement sur ... tous les autres secteurs de prévention parce que le champ est occupé par la maladie ...

C'est ce qu'on fait tous, le problème, des fois, c'est qu'on est complètement orienté vers la réponse thérapeutique, ce qui fait que y'a l'aspect de tous ces éléments dont on a parlé, y'a l'aspect écran... c'est vrai que putain, quand t'as quelqu'un qui fait un cancer, tu te rends compte qu'au bout de deux ans : 'putain, j'ai oublié tout ce que je faisais avant ... merde !' et , sur le moment et tout ... donc, c'est toute cette manière de discuter ...

L'histoire des maladies écrans, ça me semble très, très important, surtout dans le cadre des gens précaires, en sachant que les gens précaires que l'on voit à Paris, sont, enfin, pour ma part, extrêmement précaires, euh, j'ai remarqué que pour beaucoup de patients, je n'avais pas pu renseigner les problèmes de prévention, il s'agit de gens qui consultent pas forcément peu, mais qui consultent beaucoup en urgence avec des pathologies urgentes écrans, c'est à dire que des gens que j'ai sous la main tous les trois ans, parce qu'ils ont ... ils ont, je sais pas quoi ... ils se sont massacrés le dos en se cassant la figure ... du troisième étage ... j'aurais un petit peu de mal ce jour là, alors qu'il faudrait recenser tout ce qu'on a fait, tout ce qu'on n' a pas fait, à me précipiter sur eux pour faire un frottis ou leur demander la date de leur dernière mammo ... et en fait, sur les gens moins dépistés, moi, c'est un gros problème, il faudrait profiter de toutes les occasions de consultation, parce qu'ils reviennent pas, si on leur dit : 'il va falloir faire un frottis, revenez à telle date', ils reviennent pas en général, les gens qui reviennent sont des gens qui sont convaincus de

l'utilité de le prévention, ce sont des gens qui ont pu y réfléchir, qui ont pu en discuter avec nous ... et y'a plein de gens qui sont pas du tout convaincus parce qu'on les a pas suffisamment sous la main à des moments calmes, hors crises d'angoisse, hors plaies par balle ... hors grosses catastrophes pour leur parler de prévention ... Et ils ont absolument rien dans leur entourage pour leur faire penser, ce n'est pas le petit papier d'ADECA qui va suffire à leur faire penser à ça ...ou l'incitation à la mammographie

On doit faire le courrier, on doit refaire pour la énième fois le certificat de déclaration de médecin traitant, parce que la sécu l'a perdu, parce que le patient ne l'a pas ... on doit faire des lettres pour les correspondants, on doit mettre à jour ... parce que maintenant, quand on est médecin traitant, on reçoit le courrier de tout le monde ... On doit faire des lettres pour les correspondants, on doit mettre à jour ... tous les dossiers que l'on reçoit ... et donc, on doit mettre à jour la cardio, tous les courriers qu'on reçoit des différents intervenants ... et ça, c'est très chronophage ...

#### 4.2.9 – Manque de compétence pour réaliser ou interpréter les frottis

Le dépistage du cancer du col nécessite une compétence, une habileté particulière. Pour la majorité des médecins généralistes qui ont terminé leurs études avant 1997, cette compétence n'est pas acquise à la fin de la formation initiale. Aujourd'hui les jeunes généralistes sont mieux formés.

La compétence comprend non seulement la réalisation du geste technique, mais également la « lecture » du col de l'utérus avant le prélèvement, pour décider si on peut le faire, si un état inflammatoire doit d'abord être traité, etc.

Au-delà de la compétence pour réaliser le geste technique, il y a la compétence pour interpréter les résultats et décider du suivi en cas d'anomalie.

Le groupe est hétérogène : il y a ceux qui n'en font jamais et délèguent systématiquement, ceux (celles plutôt) qui ont une pratique gynécologique quotidienne, et ceux qui font quelques frottis quand ils ne peuvent pas faire autrement (patiente non suivie par en gynécologie). Ces derniers vivent une tension entre la volonté de jouer leur rôle de santé publique et le ressenti d'une compétence insuffisante. Cette tension est plus forte si le médecin a un rôle de modèle (maître de stage). Un des participants, appartenant à la troisième catégorie, émet le souhait que son rôle vis à vis du frottis soit le même que vis à vis de l'hémoccult, « coller les étiquettes »

J'ai appris à faire les frottis quand j'étais externe ... j'ai du en faire moins de cinq et considérant à la fin de mon internat que c'était pas suffisant, j'en ai pas fait ... j'ai désappris le peu que j'avais appris ... et puis au bout de dix ans, tu te dis : c'est pas raisonnable de faire des frottis ... puis, après, c'est les internes qui m'ont persuadé d'en refaire... parce que je voulais qu'ils en fassent ... et après, avec les internes, on se dit, quand on bosse ensemble ... « si j'ai un frottis qui revient anormal, qu'est ce j'en fais dans ma relation au patient? c'est à dire dans le rapport avec la compétence que j'estime être la mienne » qu'est ce que je vais dire au patient sur ce qu'il va se passer après ...

Moi, ça fait 27 ans maintenant que je suis installée, les frottis, j'en fais, j'en fais 10 par jour, donc, je les fais, j'essaie de les faire bien, je les fais très vite, ça entre dans la consultation, parce que y'a plein de femmes, c'est facile à faire un frottis, c'est facile de le faire bien, il faut avoir appris évidemment, j'ai appris après les études de médecine, ça peut se faire très vite, et y'a des tas de femmes, pour qui si tu le fais pas là, quand tu les as sous la main ... et benh c'est râpé, c'est râpé, et puis trois ans après, tu les retrouves avec un cancer du col ... c'est dommage, c'est un examen simple...

Je fais des frottis, mais j'en fais peu, donc, je pense que je fais mal ... je reçois le truc ... ça m'énerve ...c'est toujours pareil, quand y'a un suivi gynéco, je suis très content, je marque 'suivi gynéco', et puis okay ... j'en suis là quoi, j'essaie de faire comme je peux, quand les gens ne vont pas chez le gynéco ... et je fais comme je peux ...finalement, moi, ce que je voudrais, c'est comme l'Hémoccult, je voudrais avoir une étiquette à coller quoi ...c'est vachement bien l'Hémoccult, parce qu'avec l'Hémoccult, moi, j'explique aux gens, je leur parle de coloscopie ... enfin, voilà, etc ... et puis, j'aimerais bien avoir des étiquettes pour le frottis..

# 4.2.10 - L'impact des controverses scientifiques sur les pratiques

Les médecins semblent le plus souvent mal informés sur le « niveau de preuve » du bénéfice des dépistages des principaux cancers. Ils connaissent mal les performances des tests et ce qu'on peut en attendre en termes de réduction de la mortalité.

Ils sont très sensibles à la controverse, à la remise en question d'une stratégie de santé publique, surtout si elle est portée par une publication réputée fiable comme la Revue Prescrire. Cela ne signifie pas nécessairement qu'ils vont approfondir la question et s'approprier les éléments du débat pour juger par eux mêmes. Certains peuvent adopter une position de type « pas de fumée sans feu » et abandonner la pratique préventive objet de la controverse..

Y a un obstacle dont on n'a pas parlé, c'est la remise en question de l'efficacité du dépistage... Moi, je peux vous dire que sur le forum médical avec lequel je travaille beaucoup, beaucoup de médecins refusent de faire des Hémoccults parce qu'on n'a pas démontré à ce jour l'efficacité de ce dépistage ... y'aurait paraît-il un test beaucoup plus sensible beaucoup plus coûteux que la sécu ne veut pas payer ... enfin, moi, je connais pas les détails, mais c'est remis en question par certains médecins ...idem pour le dépistage du cancer du sein, y'a quand même pas mal d'études qui sont sorties, y'avait un grand article dans la revue 'Prescrire', il est remis en question, ce dépistage systématique tous les deux ans à partir de 50 ans ...donc on peut imaginer que si les médecins ne proposent pas, c'est pas par ignorance, c'est par conviction que ça n'est pas utile ...

#### 4.2.11 – Le caractère intrusif du dépistage des cancers

Les médecins hésitent à parler de dépistage à des personnes qui n'y pensent absolument pas, qui viennent pour une pathologie bénigne ou une démarche de santé (telle qu'un certificat de non contre-indication au sport). Proposer le dépistage d'un cancer, c'est forcément évoquer la possibilité de la maladie cachée, et générer chez le patient une angoisse suffisante pour le conduire à accepter le test, afin de se rassurer.

Il y a une différence entre la prévention (les vaccins par exemple), presque toujours bien acceptée, et le dépistage des cancers.

Plusieurs médecins utilisent le mot « intrusion » pour décrire la proposition de dépistage, et soulignent l'importance du choix du bon moment pour faire la proposition.

Vous l'avez déjà peut être évoqué : c'est le côté docteur Knock ! D'accord, vos venez me voir , on va voir ce que vous avez, mais vous savez, y'a des choses graves que vous pouvez avoir sans le savoir... et ça, moi,ça des fois, ça me dérange, c'est à dire que c'est des malades potentiels tout le temps au lieu d'être des gens bien portants ...

Ils sont tout contents parce qu'ils vont reprendre le badminton, et puis je suis là en train de leur dire : 'dites donc : cancer du colon einh' ...benh, y'a des fois, c'est pas ...

C'est pas un problème d'aller parler des vaccinations, des choses comme ça, mais franchement sur le dépistage du cancer du sein, tout ça, en plus, en plus quand vous tombez sur la femme comme hier, qui a eu sa deuxième sœur, sa mère, sa tante ...

Tu leur as posé la question de savoir s'ils trouvaient ça choquant ? moi, je leur ai posé la question ...ils te répondent vite, ils te répondent : « non docteur, je vous aime tellement que vous pouvez me faire ce que vous voulez » ...

Le patient, il vient avec une demande de soins, il vient pas avec une demande de prévention ... attendez, c'est intrusif, quand on lui dit : « mais au fait votre coloscopie, votre hémocult ? », - « non, moi, j'ai mal à la gorge ... »

# 4.2.12 - Place du médecin généraliste par rapport aux autres intervenants. Qui fait quoi ?

Le médecin généraliste qui sait que sa patiente est suivie par le gynécologue, le plus souvent, ne s'intéresse plus au dépistage des cancers gynécologiques, partant du présupposé que les gynécologues le font systématiquement. Il ne tient plus à jour le dossier et ne note plus les

dates des examens, tâches considérées comme relevant du secrétariat. Le risque est que la patiente n'informe pas le médecin généraliste lorsqu'elle cesse de consulter en gynécologie.

Quand je mets « suivie par un gynéco », ça veut dire qu'ipso facto mammographie et frottis sont gérés par le gynéco... et donc, pour moi, ça veut dire gérés et faits ...parce qu'une patiente qui va chez le gynéco, en plus, je connais le gynéco à qui j'adresse, je sais que ça va être fait ... mais je ne reportais pas les dates de mammographie et de frottis ... alors, donc, ça apparaît finalement très, très nul, alors que je suis à peu près certaine que beaucoup de mes patients, plus que ce qui est indiqué là en tout cas ... ont eu la prévention, voilà, donc, c'est ma remarque ...

Je suis une femme généraliste, j'essaie de m'occuper de mes patients des pieds à la tête, à Paris, je trouve que c'est pas facile, que les gens ont quand même tendance à consulter des gynécos ... de moins en moins , parce qu'ils sont de moins en moins accessibles, de plus en plus chers et qu'il y'a de plus en plus de délais d'attente ... mais c'est vrai que quand j'ai des patientes dont je sais qu'elles sont suivies par un gynéco, dont je n'ai pas forcément marqué le nom sur le dossier, mais je sais qu'elles ont un suivi, je me sens malheureusement, enfin, je regrette de me sentir comme ça je me sens moins motivée pour demander la date du frottis, la date de la mammo...

Les médecins généralistes constatent que leur activité gynécologique est destinée à se développer pour des raisons de démographie médicale.

Il y a une tension forte sur la périodicité des examens, les généralistes décrivant les gynécologues comme des sur-prescripteurs, ne respectant pas les délais recommandés entre deux dépistages. Il en résulte que lorsque le généraliste essaie de convaincre une patiente de respecter le délai recommandé, celle-ci affiche un doute (est-il en train de vouloir faire des économies sur la santé de la patiente ?).

(...)parce qu'en général, quand elles sont suivies par des gynécos à Paris, elles font trois mammos par an, c'est complètement hors du dépistage, je ne sais pas ... je ne comprends pas pourquoi autant de mammos sont faites c'est pas forcément justifié, c'est histoire de justifier les honoraires des gynécos, je suis très méchante avec les gynécos, euh... et du coup, j'ai un peu de mal à m'y retrouver dans le dépistage que je souhaiterais faire ... les frottis moins, parce que les frottis, je les fais, euh je sais où j'en suis, je note mon résultat de frottis que je reçois, j'ai un peu de mal pour les mammos . Et pour le dépistage ADECA du cancer du colon, j'ai pas de difficultés, moi, mes patients, ils ont suivi vachement bien, et ça a pas l'air de leur poser tant de problèmes que ça ...

Sur la fréquence du frottis, par exemple, il est évident que si on se réfère à des données internationales ou à des données françaises qui sont celles des gynécologues, c'est absolument pas les mêmes, c'est absolument pas la même chose, et on ne dit pas la même chose ...

Et puis ... y'a un autre aspect qui est un peu embêtant par rapport au gynéco ... c'est le fait que nous, on dit : 'bon, au fond, votre frottis a été fait y'a 18 mois, on peut attendre' et qu'on sent une espèce de doute ... 'le gynéco, me le fait tous les six mois' ... -oui, non, non , - 'ah oui, quand même... trois ans' , y'a toujours une espèce de bataille, comme ça, qui est aussi gênante ...

Une autre tension forte existe entre la volonté des médecins généralistes de gérer globalement la prévention, et le constat que de plus en plus d'acteurs prescrivent des examens de dépistage et de surveillance variés : médecins du travail, bilans de santé de l'Assurance Maladie, gériatres. Faut-il baisser les bras et laisser la place à une nouvelle spécialité, la « préventologie » ?

Un des obstacles pour moi, c'est qu'effectivement on cherche notre place ... le médecin traitant désigné, ça implique des responsabilités ... et après on a le choix à être soit acteur de cette prévention, de ce dépistage : prescripteur, informateur, soit secrétaire : en gros, tu vas noter que ça a été fait par quelqu'un d'autre ..., ça, c'est deux choses fondamentalement différentes, moi, je suis démotivé quand je suis secrétaire,... je suis motivé quand je suis acteur ... et après, quand je vois le morcellement des propositions de dépistage ... alors, à la fois, force est de reconnaître que l'on ne peut pas tout faire, et en même temps, il faut reconnaître que c'est pas organisé ... entre la médecine du travail qui organise des bilans de prévention, dépistage pour leurs adhérents ... La CPAM en fait, maintenant, les entreprises en proposent ... un espèce d'éclatement, et la médecine générale, finalement, elle prend le train en marche ... et probablement ....le problème, c'est notre place ... c'est de trouver notre place ... quelle est notre place ? A la fois t'es médecin traitant avec toute une responsabilité, mais en même temps ....t'es pas acteur complètement ...

On a vu petit à petit tout le champ clinique de la médecine générale qui était plus ou moins dépecé par tranche d'âge, parce que on n'a pas forcément le temps de s'occuper bien de tout ... donc, moi, je me dis , est ce que ça, c'est une spécialité à part entière de faire de la prévention du dépistage, ou est ce que, si on le laisse dans le cadre de consultation tout venant, on fait ce qu'on peut avec le temps qu'on a et avec les gens qu'on a , est ce qu'on risque pas de se voir déposséder par des gens qui vont s'installer en préventologues ou ... moi, c'est mon sentiment, et je pense que c'est déjà en marche ...

Quand tu vois la médecine du travail qui prescrit du cholestérol, tu te dis : est ce que c'est de la médecine du travail, le cholestérol ?

Un des participants met en question l'attitude qui consisterait, pour les généralistes, à se poser en victimes, à considérer que « les méchants c'est les autres ». Il appelle à un travail en coopération avec les différents acteurs de santé qui peuvent jouer un rôle dans la prévention. Il se réfère notamment aux équipes qui interviennent auprès des populations exclues.

Y'a des médecines spécialisées, y'a des médecines hospitalières, qui sont là pour répondre à des problématiques différentes, à des populations différentes, y'a d'autres structures qui ont encore inventé d'autres choses pour répondre à des populations qui sont inaccessibles y compris par rapport à des centres de santé, par rapport aux médecins généralistes, aussi ouverts soient ils, et même s'ils ont l'impression de répondre aux plus précaires, on peut balayer le parquet, il reste toujours de la poussière ...d'accord? On est trop dans le « moi, moi, moi je suis le meilleur, regardez les méchants et tout ... « , on est tous le méchant, ou le meilleur ... dans notre manière de travailler et d'organiser ... alors on peut discuter ... sur la place de la médecine générale dans le système de soins en France, mais de notre place de généraliste, comment on peut améliorer les choses , sans chercher à tout faire ... à tout résoudre.

# 4.2.13 - Concurrence du DI, coût de la suite du dépistage

Plusieurs témoignages font état de la représentation négative du dépistage organisé du cancer du sein que véhiculent à la fois les gynécologues et le personnel d'accueil des cabinets de radiologie (si c'est gratuit c'est forcément de moins bonne qualité).

Simplement quand elles prennent leur rendez vous (de mammographie), y'a des secrétaires qui disent : « vous savez, la technique qu'on utilise, elle est vachement meilleure, là, vous allez avoir une qualité moins bonne parce que c'est gratuit, et donc nous ...vous pouvez faire ce que vous voulez »...

Oui, des fois, elles sont en conflit, on leur demande et puis elles disent : « oui, je l'ai reçu mais ma gynéco, elle préfère ... » Elles sont un peu embêtées quoi, elles ont bien senti que nous, on est d'un côté, la gynéco est de l'autre .- Petit conflit de légitimité sur cette histoire ...

Il y a aussi un obstacle qui est la contre information d'autres ... partenaires de santé ...qui donnent des informations négatives sur ce dépistage ... C'est à dire? Benh, la mammographie, moi, j'entends les femmes qui me disent : « ah mais non, non, non, le gynéco, elle me dit que c'est pas du tout, il faut pas le faire par le truc gratuit! » y'a quand même un discours qui est que ... peut être que le truc gratuit c'est moins bien ... et c'est ressorti chez les gynécos,

Une enquête par une étudiante sur les gynéco justement, et c'est vrai que c'est une collection de mauvaises connaissances du dépistage, c'est que des idées fausses, ils disaient que les radiologues qui se mettent sur la liste (du dépistage organisé) c'est ceux qui n'ont pas de clientèle, donc c'est les plus mauvais..., c'est gratuit, y'a pas les mêmes clichés, le matériel n'est pas le même...enfin, que des idées fausses!

Suite à une mammographie de dépistage positive, ou à un Hémoccult positif, il y a un problème de coût du bilan diagnostique. Les délais pour obtenir des examens dans le secteur publique sont longs, et les patients sont forcément inquiets, Dans le secteur libéral es dépassements d'honoraires sont habituels, qu'il s'agisse d'un bilan sénologique ou d'une coloscopie.

Par contre, l'écho, elle est pas prise en charge ... et alors, le troisième inconvénient, par exemple, à Saint Joseph, ils font des mammos de dépistage, mais quand il faut faire des échos et compagnie, ils peuvent pas les faire à Saint Jo, ils envoient en cabinet de ville ... et tu taxes et tu surtaxes ... donc, y'a un problème, ce qui revient à ce que vous avez dit ... c'est bien de faire du dépistage, mais il faut réfléchir à la suite, c'est que quand tu fais faire des mammos par certains endroits, la suite, elle coûte cher ...

C'est pareil pour l'Hémoccult ... là, c'est pareil, après l'Hémoccult, le patient, il est dépisté, mais le choix de l'endroit où tu vas faire la coloscopie...

### 4.2.14 - Démarche de santé publique, démarche centrée sur le patient

La mission de santé publique semble moins valorisante que la mission de soins (diagnostic et traitement). Il s'agit de pratiques systématiques qui ne demandent pas de finesse clinique. Les médecins ne valorisent pas l'approche de la santé d'un segment de la population, qui nécessite de mobiliser d'autres compétences (épidémiologiques, organisationnelles, de communication...)., qui ne sont pas enseignées à la faculté et ne font pas partie du modèle biomédical auquel ils s'identifient De plus l'absence de suivi d'indicateurs dans la patientèle empêche de mesurer l'impact de l'action.

Moi, je pose la question, est ce que ça renvoie pas au fait c'est pas très valorisant …la mission de santé publique, c'est pas quelque chose que l'on intègre dans notre identité professionnelle en fait … pour la plupart, on est installés depuis plus de vingt ans, et est-ce qu'on est pas culturellement structurés de manière à répondre à la demande des patients, à être valorisé par un diagnostic, à être valorisé par un traitement efficace et que finalement, des taches de santé publique qui nécessitent des pratiques systématiques sont peu valorisantes …

D'une part, il y'a une non valorisation intellectuelle des actes de santé publique, et d'autre part, il n'y a pas une reconnaissance financière des actes de santé publique...

Certains médecins ressentent une difficulté à adopter une approche de santé publique (approche protocolisée centrée sur une population) alors qu'ils sont naturellement centrés sur le patient dans un colloque singulier. Il ne s'agit pas ici de la frustration vis à vis de la démarche clinique mais plutôt du souci de maintenir un certain niveau de relation et de communication très attentive à ce qui vient du patient.

Ca s'inscrit dans un truc d'organisation, et je trouve que ce serait trop ambitieux de notre part de penser que la prévention c'est que l'affaire des généralistes, que ... je pense que pour mobiliser des populations dans une démarche de santé publique, et benh, ça appelle à l'organisation des soins, et à des organismes, et moi, je trouve que c'est très bien que y'ait des organismes que les patients, ils viennent avec un courrier qui leur a été adressé et qu'ils réagissent ... parce que c'est autre chose que simplement la notion de colloque singulier.

Le patient est une personne ... c'est qu'on est dans une relation, je veux dire, on est dans une relation, d'année en année, comme ça avec nos patients, tu vis une relation ... une vraie relation de personne à personne, et que la démarche de santé publique, elle nécessite un certain recul ... et le patient, c'est plus un patient, une personne, c'est un sujet dans une population, voilà ... et donc, se démarquer de ça, de la relation, et pour en revenir au sujet, c'est quand même difficile pour nous qui sommes dans le colloque singulier en permanence ...

#### 4.3 - Pistes d'amélioration

Après avoir exploré les obstacles, il a été demandé aux médecins de proposer des pistes d'amélioration pour les pratiques préventives. Les propos sont ici nettement moins riches. Les médecins réagissent plutôt à des idées émises par les animateurs, plutôt qu'ils ne proposent spontanément des pistes d'amélioration.

#### 4.3.1 - Logiciels, alarmes, tableaux de bord

Les médecins n'ont pas d'attente précise vis à vis des outils informatiques. Ils ne connaissent pas, ou mal, les outils qui ont démontré leur efficacité pour améliorer la prévention (pour résumer : les outils basés sur des rappels automatiques, intégrés idéalement dans des systèmes « register review recall ». Certains médecins ont des craintes excessives, d'autres des attentes excessives vis à vis des logiciels.

Si on avait un logiciel commun, enfin, ou même pas commun, mais, si au moins les logiciels se mettaient d'accord entre eux, on pourrait avoir dans l'entrée du dossier, une fois qu'on ouvre, qu'on tape le nom du patient, une première page avec 10 items rapides, et qui seraient importants, mais ces 10 items là, ils devraient être décidés par la (?) la sécu, enfin, tous les acteurs de soins, etc... et ça, ça pourrait donner des choses intéressantes .

Des logiciels qui inscrivent dans le relevé des notes les éléments à suivre, les facteurs de risque, qui sont de l'ordre des outils qu'on utilise

Des alarmes ? Trop d'alarmes tuent l'alarme, je vous le rappelle ! Pour avoir travaillé sur un logiciel, on a bien vu que si tu mets des bip bip partout ...

Moi, j'aimerais bien avoir un logiciel ... je rentre que le patient n'a pas eu son vaccin, par exemple, je rentre, tac ... ça appelle directement le patient, le logiciel appelle directement le patient ...

# 4.3.2 - Outils destinés à « activer » les patients : questionnaires, carnet de santé, documents d'information.

Le concept de patient « activé » (activated patient), issu du Chronic care model, se réfère aux actions d'éducation ou d'information des patients qui permettent à ceux-ci d'être plus actifs et réactifs au cours des consultations.

Un médecin évoque le questionnaire prévention rempli dans la salle d'attente. Le questionnaire aide le patient à prendre conscience des aspects de la prévention et du dépistage qu'il ne connaît pas ou qu'il a négligé jusqu'ici. On suppose que le patient, lorsqu'il sera face au médecin, va être attentif aux échanges portant sur la prévention, et mieux, qu'il prendra des initiatives, posera des questions au médecin, sera demandeur de prévention. Le questionnaire entre dans la catégorie des outils destinés à « activer » le patient (décrits initialement dans le littérature sur le).

Moi, j'avais une idée comme ça ... j'avais eu cette idée à un moment ... c'est de donner des questionnaires aux patients en salle d'attente ...leur faire remplir un truc ... alors, j'avais vu un truc aux Etats Unis ...ils font ça ...

Un médecin évoque le carnet de santé de l'adulte, remis à chacun, comprenant la liste des préventions et des dépistages conseillés selon le sexe et la tranche d'âge. Nous connaissons déjà le carnet de santé de l'enfant et celui de la femme enceinte. Si le carnet est remis par le médecin traitant, et que patient et médecin l'utilisent comme un support de communication, cet outil peut avoir un certain intérêt. Il entre également dans la catégorie des outils destinés à « activer » les patients.

Moi, je verrais bien quelque chose à distribuer sur la prévention, (...) qu'est ce qu'on peut proposer? l'équivalent, c'est peut être de la provoc, du carnet de santé, où les personnes sachent ce à quoi ils ont « droit », et quand ça doit être fait, les parents qui regardent le carnet de vaccination savent à peu près où ils en sont, ben, voilà, maintenant entre 14 et x années, on va faire ça, ensuite, on va faire ça en vaccination, après, à partir du moment où vous avez une vie génitale, etc.

Les médecins évoquent la mise à disposition, en salle d'attente, de feuillets d'information pour les différentes préventions et les différents dépistages. Cette pratique est classique. Elle se heurte à des limites : quels thèmes choisir (si trop de thèmes sont proposés il y a dilution des messages), comment maintenir le dispositif(en général présentoir fixé au mur dans la salle d'attente) approvisionné en documents, comment éviter sa dégradation. Un certain investissement en temps est nécessaire

... ce serait bien d'avoir tout simplement dans les salles d'attente des petites fiches pour les trois dépistages essentiels ... Y'a pour le cancer, pour l'hémocult ...

Oui, mais bon, y'a aussi la vaccination, enfin, y'a aussi beaucoup d'autres dépistages, beaucoup d'autres choses à faire, donc, tu peux pas faire des affiches pour tout ...

Et puis, quand t'as des patients analphabètes ...

# 4.3.3 - Audit à distance pour évaluer l'impact de l'enquête

L'enquête a eu des effets importants sur les participants en termes de prise de conscience et de motivation. Tout au long des réunions avec les médecins, nous avons entendu très souvent des commentaires sur les effets de l'enquête : « maintenant au lieu de noter 'mammo à jour' je note la date de la dernière mammo », « maintenant je note le statut tabagique y compris quand

c'est 'non fumeur' », « j'ai adopté un interrogatoire systématique pour la prévention »... Chacun connaît le niveau de certains indicateurs de sa pratique préventive et souhaite les améliorer. Il serait important pour les participants de constater, par exemple 12 ou 18 mois plus tard, que ces modifications se traduisent par une amélioration des indicateurs de qualité des pratiques de prévention. Ce constat consoliderait le changement, et donnerait certainement envie à ces médecins de s'engager dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de la prévention (roue de Deming).

Les mammographies, je mets les dates maintenant ... et même si c'est le gynéco qui l'a demandé , avant, je marquais : « suivi gynéco », et maintenant, je marque la date de la mammographie faite par le gynéco, je l'inclue.... , j'ai rajouté l'item 'alcool' que je ne notais pas, je l'avais en tête mais je ne le notais pas ... j'ai rajouté l'item 'toxicomanie', l'item 'prise de toxiques', que je demandais comme ça mais que je notais pas forcément, ça fait partie des questions que je pose assez systématiquement, enfin, je l'enrobe dans l'interrogatoire du début ... donc, ça, je reconnais que j'ai modifié ...

Mais je pense que l'enquête nous a vraiment appris une chose que ce soit des gens qui viennent une fois tous les mois pour une rhinopharyngite et qui n'ont pas de médecin traitant ou que ce soit des gens que je ne vois qu'une fois par an, je m'oblige à mettre un minimum de questions de base, tabac, alcool, enfin, de prévention, et donc, du coup, j'enclenche une relation, enfin, une sorte de contrat qui est beaucoup plus clair pour moi qu'avant ...

L'introduction de Laurent est intéressante, on a beau tous être, dans cette étude parce qu'on a probablement j'imagine un petit début de, de ...conscience, mais entendre dire de manière très claire comme ça, ça ...voilà, c'est quelque chose qui aura un impact lundi!

### 4.3.4 - Réorganiser les consultations

Si les participants acceptent facilement l'idée qu'il est nécessaire de réorganiser les consultations, ils n'ont pas pour autant des idées précises sur les évolutions envisageables. Un médecin exprime globalement son insatisfaction vis à vis de sa pratique et, et une vision relativement utopique et imprécise des soins à domicile.

Vous avez pas l'impression de perdre du temps tous les jours sur toute une série de choses où on devrait pas être là, on devrait pas le faire comme ça, on devrait le faire autrement, je veux dire que, y'a toute une série de grands principes qu'on n'applique pas, on devrait avoir des ... on devrait passer notre journée à faire du consensus (à appliquer l'EBM) sur des choses que tout le monde sait etc. et qu'on n'applique pas au quotidien ...(...)...Y'a 15 ans ou 20 ans on avait monté un projet sur les personnes âgées enfin, on avait réfléchi comme ça à un truc ... est ce que c'est utile d'aller voir ... à quel rythme on suit une tension artérielle ? A quel rythme on voit les personnes âgées ? Est ce qu'on pourrait pas faire une évaluation sur une personne âgée une fois par an, à domicile, avec tout le monde, une infirmière, l'assistante sociale, la famille, euh, le, le, ce qui dépend de la mairie, les repas, les trucs, les machins ... j'en sais rien ... on passe une matinée entière, on est salariés, on s'en fout, et on fait un plan de travail sur l'année qui vient ... sur le rythme des visites, sur la prise de la tension ... peut être qu'il vaut mieux qu'on aille voir une personne âgée, une fois par mois, les mains vides sans prendre la tension, euh, simplement pour discuter, enfin, je sais pas, y'a des choses différentes, on peut au moins se poser la question, aller voir ailleurs comment ça se passe, y'a eu des expériences au Québec, y'a des expériences en Angleterre, il se passe des choses dans d'autres pays, dans le nord de l'Europe il se passe des choses, nous, on est bloqués sur notre système de soins en se disant : « c'est le meilleur du monde » (...)

La possibilité d'une consultation de prévention longue et gratuite par le médecin généraliste traitant (tiers payant complet par sécurité sociale) ouvrirait des perspectives très intéressantes. D'une part cela valoriserait la prévention et légitimerait le travail du médecin, d'autre part ce serait un argument de poids pour convaincre les personnes qui consultent toujours en urgence de venir « se poser » au cours d'une consultation longue où on peut faire le tour des problèmes de santé.

En fait, tous les gens qui sont organisés pour faire ça, ils ont des consultations de prévention, quand tu vas à la sécu, tu passes la journée, ou la demi-journée ... quand tu fais un truc, c'est long, en fait, la question, c'est « est ce qu'il faut faire des consultations de dépistage » ? voilà!

Y' a plusieurs types de patients, y'a ceux qui peuvent bénéficier de ce type de consultation parce qu'il faut faire le point, je sais pas, quelqu'un qui sort d'une période de chômage ...qui s'est pas occupé de lui, on peut lui faire un bilan de santé ...

Je trouve que c'est vraiment plus agréable de travailler dans ces conditions là (sur rendez-vous) ... et parce qu'en plus t'arrives à faire justement beaucoup plus de prévention, parce que tu as le temps ... Dans mon cabinet, on est 4, et on est toujours dans cette réflexion là, tous ont décidé de travailler sur rendez vous, évidemment, c'est idéal einh ... mais on se rend compte tous les 4 ...On voit pas les mêmes personnes ...on laisse filer ces gens qui arrivent sans rendez vous, vraies ou fausses urgences, mais qui sont peut être justement ceux qui tireraient bénéfice de la prévention ...

Y'a quelque chose qui changerait l'image de la prévention au niveau des patients, à mon sens, c'est qu'il y'ait, que y'ait une consultation de prévention qui soit reconnue par la sécu, que les gens soient prévenus comme tels : » allez voir votre médecin, pour faire de la prévention » ... et cette consultation serait gratuite ...

Le travail sur rendez-vous permet des consultations plus longues pendant lesquelles on peut aborder la prévention, mais il exclut une partie de la population qui n'est pas en mesure de faire la démarche de prendre rendez-vous et d'attendre. Pour ces personnes il faut être en mesure d'injecter des petites doses de prévention lors de n'importe quelle consultation motivée par un problème aigu (approche opportuniste). Au cours de ces consultations non programmées on pourrait petit, à petit éduquer les patients pour qu'ils comprennent l'intérêt de consulter sur rendez-vous.

... essayer de résoudre les questions que l'on se pose sur plusieurs consultations ... le problème, c'est est ce qu'on va avoir la possibilité de voir les gens plusieurs fois ?

Moi, je ne pense pas (que la consultation de prévention est une bonne chose), parce que, en fait, ceux qu'on veut toucher, c'est ceux qu'on ne touche pas, ceux qu'on va toucher avec ces consultations ...c'est les obsessionnels ...

## 4.3.5 - Délégation des tâches

Les médecins n'évoquent pas spontanément la délégation des tâches mais lorsque celle-ci est proposée pour avis comme voie d'amélioration, les médecins s'approprient volontiers l'idée. Les actes de prévention/dépistage protocolisés, pourraient facilement être faits par un(e) infirmier(e) formé(e). Cette délégation laisserait du temps aux médecins pour se consacrer à la clinique. Il est probable que des expérimentations de délégation de tâches en cours dans les maisons de santé puridisciplinaires portent sur la prévention. Certains pensent cependant que le passage de relais peut être mal accepté par des patients ayant des problèmes « psy » qui sont dans une relation de confiance avec le médecin.

Moi, j'ai vu par exemple ce qu'ils appellent des cliniques aux Etats Unis (des consultations thématiques), où c'est absolument formidable, je ne parle pas du système de soins américain dans sa globalité ... mais dans cette clinique là, quand le patient était effectivement devant le médecin, tout avait été fait, je veux dire, la tension était prise, les urines étaient prises ...le dossier était fait, les interrogatoires étaient faits, etc. le médecin lisait son truc, voilà, et puis il faisait rentrer le patient, et on faisait vraiment de la médecine, on discutait vraiment : « pourquoi vous êtes là, la petite boule, le truc, le machin ...etc. »

Finalement, ton idée, d'une personne qui pourrait être la même pour deux, trois médecins du reste, qui ferait toute une série de ce type de travail ... ça pourrait être quand même intéressant ... la mise à jour des dossiers ...

Et puis, une autre solution, ce serait d'inventer un professionnel de santé, qui n'existe pas encore, et qui nous aiderait à faire de la prévention ...

Il ferait comme à l'hôpital, c'est à dire qu'il prend le patient, et il fait le dossier ...et il coche les cases, prévention, vaccination, tatatata, et nous, on reprend le dossier, et là on fait de la médecine ... ça peut être une infirmière ...

Il y a la crainte que la délégation à un professionnel de santé qui appliquera un protocole, constitue une approche impersonnelle, ne prenant pas en compte les particularités de chaque patient, à la différence d'une prévention « sur mesure » faite par le médecin généraliste.

Moi, je dis que c'est bien de déléguer, mais il faut que le médecin y mette un petit peu de sa part, de coordonner des choses... y'a des choses qui apparaissent ... on connaît nos patients sur le bout des doigts, donc, y'a des patients qui vont, euh, un peu psychiatriques, euh... qui, qui, pour lesquels on va apporter quelque chose, parce qu'on va dire, là, le systématique, chez lui, ça va pas fonctionner ... il va falloir faire comme ça, comme ça ... on peut pas faire du systématique pour tout le monde ...

La pharmacie peut être un lieu d'information et d'incitation pour la prévention et le dépistage. Il peut s'agir uniquement d'affiches d'information, mais on pourrait aussi imaginer un échange entre les professionnels travaillant à la pharmacie et les patients (les médecins ne l'évoquent pas).

(*le pharmacien*) parce que c'est un contact, c'est un premier contact, c'est primary care le pharmacien, donc, c'est premier contact avec les patients, et ceux qui consultent pas, benh, justement, c'est l'occasion de mettre des affiches, distribuer des trucs...

... l'homme de 55 ans, 60 ans qui va à la pharmacie pour du doliprane, s'il voit un truc sur le dépistage du cancer par hémocult dans la pharmacie, pourquoi pas ?

Pour le suivi gynécologique il est important que chaque médecin connaisse ses limites et organise « la filière » pour les patientes qu'il ne peut pas suivre lui-même : dispensaire, correspondant, autre collègue (de sexe feminin) du même cabinet ou du quartier...

Si on avait des grands cabinets médicaux avec infirmières, on aurait une personne dédiée pour le frottis. - Et benh tu vois, donc, c'est bien l'infirmière qui verrait à ce moment là le col ... - Elle serait formée pour ça ... elle saurait reconnaître ...

Délégation à une autre structure(à rapprocher : à une collègue) Oui et puis aussi, une moins bonne couverture sociale ou poly pathologique, c'était aussi une notion importante, et plus on les voyait pour autre chose, moins on faisait de la prévention, et que dans ce cas là, il fallait pas hésiter à déléguer ... je sais que moi, ce message là, m'a vachement servi dans ma pratique, par exemple, toutes les femmes qui sont sur le plan psychiatrique je les envoie au dispensaire gynéco, parce que je sais que je m'en occupe pas, ça me fait chier... ça m'était vraiment resté ce message qu'on nous avait donné ... ces femmes là, il faut essayer de les faire suivre ailleurs ...

## 4.3.6 - Intégrer les MG au dépistage organisé. Pouvoir «prescrire les dépistages »

Les outils informatiques (site permettant de connaître le statut à jour ou non pour l'hémoccult et la mammographie, impression de la prise en charge de la mammographie) sont à diffuser, la grande majorité des médecins généralistes ne les connaît pas. Il serait idéal de trouver un système pour l'hémoccult équivalent à l'impression de la prise en charge de la mammographie.

Est ce que les étiquettes, est ce que de proposer que ce soit nous qui mettions sur l'ordonnance l'étiquette du patient, et donc, que ce soit nous qui disions à la patiente d'aller faire une mammo, est ce que c'est une chose intéressante à faire ?

Pour le dépistage du cancer colorectal on pourrait envisager une lettre d'invitation personnalisée, signée à la fois par l'organisme gestionnaire du dépistage et par le médecin généraliste traitant (projet de recherche soumis à l'Inca en juin 2010).

# 4.3.7 - Incitation « d'en haut », bilans de santé, liste des patients non à jour envoyée par la sécu

Les médecins sont plutôt critiques vis à vis des bilans de santé de l'assurance maladie, qui en font « trop », dont l'existence laisse penser que c'est une affaire de centre spécialisé en prévention. Ils reconnaissent un intérêt de l'approche systématique, du questionnaire à remplir avant de rencontrer le médecin. Par ailleurs la « proposition » de bilan peut être ressentie par certains patients comme une « injonction » : ce n'est pas toujours négatif, cela permet que certaines personnes se mobilisent. Aucun médecin ne mentionne le problème de la redondance des actes de prévention dépistage des bilans de santé. Dans ma propre expérience (HF) très souvent les examens avaient déjà été faits et les résultats étaient connus.

Effectivement, moi j'ai remarqué que y'avait plusieurs patients qui étaient venus avec des bilans de, de sécu ... en pensant que s'ils le faisaient pas, ils auraient pas la ...Que ce serait pas remboursé ... ou des choses comme ça ...Dès que ça vient de là haut, entre guillemets, ça passe ...

(dialogue sur les bilans de santé)- Ils font pas mal de trucs je trouve ...- Ils font pas mal de choses, ils en font même un peu trop, je trouve ...- Oui, non, mais d'accord, mais y'a un côté comme ça, un peu soviétique, un peu inapproprié, qui est pas dirigé ... qui est pas ... qui est mal interprété ...- Ouais, ouais ...- Qui a pour inconvénient de considérer que la prévention, c'est pas de la médecine générale, que ça relève d'un centre spécial de prévention ...- Ouais, et puis, souvent, c'est redondant avec ce qu'on fait déjà ...

(tjrs sur les bs) effectivement, ça va pas s'adresser à nos plus précaires qui vont pas savoir remplir ou pouvoir remplir, ou oser dire qu'ils peuvent pas remplir, ça aussi, ça les élimine d'office, .. mais, bon, y'a un questionnaire, y'a un questionnaire qu'ils remettent au médecin, et donc, on voit : « tiens, zut ! Je savais pas que votre grand père avait eu un cancer du colon ! », y'a des trucs comme ça qui apparaissent, encore plus que dans notre étude, parce que dans notre étude, nous, on n'a pas eu le résultat direct ...

### 4.3.8 - Education du patient

L'éducation à la prévention et au dépistage peut être purement « instrumentale » : le patient, à force d'entendre le médecin lui parler de prévention finit par retenir ce que le médecin attend de lui et par « coopérer ». Une éducation plus ambitieuse consisterait à responsabiliser le patient. S'il comprend le bénéfice qu'il peut tirer de la prévention et du dépistage, il sera beaucoup moins passif, plutôt allié du médecin pour que ces activités soient gérées à deux.

Moi, j'ai l'impression que c'est une question d'éducation du patient, au début, il est peut être un peu surpris, et puis après, au fur et à mesure, il voit bien qu'on lui dit ... « et vos vaccins, où vous en êtes ? et votre machin, est ce que vous avez bien fait ça ? N'oubliez pas votre mammo, vous ramènerez vos étiquettes...

Education du patient, ça veut dire quelque part le responsabiliser, lui faire prendre en main sa santé ... et ça, par rapport à tout son questionnement, son questionnaire de prévention, c'est l'inverse, c'est à dire que c'est nous qui devons noter le frottis, la mammo, son... 'tatata' ... et donc, finalement, voilà ... on a l'impression ... y a une espèce d'ambivalence là dedans. Si on responsabilise le patient, on peut lui rappeler, vous vous souvenez le frottis, c'était quand ? oui, il y'a deux ans ... bon, c'est bon ... Vous vous souvenez l'année prochaine ... vous y repenserez ... okay très, bien, et quelque part, il a les clés quoi ... pour gérer son problème ...

Qu'est-ce qui fait bouger le patient dans le sens d'accepter une prévention, et même de la demander? Soit une angoisse excessive (surestimation du risque), soit l'obéissance au médecin (vouloir son amour? peur qu'il se fâche?), soit une approche rationnelle avec une compréhension de la notion de probabilité/risque (cette troisième motivation est rare).

Une difficulté tient au fait que le bénéfice de la prévention et du dépistage ne peut être compris qu'à l'échelle collective. Pour chaque individu isolément il est probable que le bénéfice attendu ne pèse pas lourd comparé au désagrément.

#### 4.3.9 - Caractériser la position sociale des patients

Une piste pour améliorer les pratiques, bien étayée dans la littérature, serait de sensibiliser les médecins généralistes aux inégalités sociales d'usage des soins de prévention, et de leur proposer de relever le défi de l'équité des soins (« être une partie de la solution et non une partie du problème »). Cette sensibilisation passe d'abord par une formation sur ces inégalités, incluant un travail comme celui mené dans notre enquête. Ensuite il s'agirait de s'organiser pour caractériser systématiquement la position sociale du patient et l'enregistrer dans le dossier (on ne sait pas aujourd'hui quelle est la meilleure manière d'enregistrer la position sociale dans les dossiers médicaux en pratique quotidienne, c'est une véritable question de recherche). Enfin on mesurerait des indicateurs de qualité des pratiques préventives de manière régulière, comme évoqué plus haut, mais on le ferait en les stratifiant selon la position sociale des patients. Les médecins devraient être en mesure de suivre ces indicateurs sur leurs logiciels. L'objectif poursuivi serait double : améliorer le niveau global des

indicateurs, sans laisser se creuser des gradients sociaux. Cette approche de la réduction des inégalités par la démarche qualité, formulée par l'animateur d'un focus group, suscite quelques approbations, mais aucun médecin ne se la réapproprie, ne la reformule. Ni la démarche qualité ni l'objectif de lutter contre les inégalités sociales de santé ne font partie de la culture des médecins généralistes aujourd'hui.

#### 4.3.10 - Formation

Les médecins n'ont pas évoqué la formation comme une piste pour améliorer les pratiques préventives. Pourtant les besoins de formation apparaissent à travers leur discours : formation épidémiologique sur l'évaluation des dépistages et les controverses en cours, formation technique à la réalisation des frottis, formation aux outils informatiques. Une question centrale, qui gagnerait à être abordé en « groupe de pairs » est « comment concilier la démarche de santé publique et l'aproche centrée sur le patient ? ».

#### 4.3.11 - Trucs et astuces

La réalisation concrète de l'hémoccult préoccupe les médecins parce qu'ils perçoivent le blocage du côté des patients Tout ce qui facilitera cette réalisation (moins de prélèvements, idées pour faciliter le recueil des selles, etc), aura un impact considérable sur la participation.

(pour le recueil des selles) Non, ça c'est pas le problème, c'est ... soit le journal, soit une assiette en carton, c'est pas génial ... Un truc ce serait une espèce de grille en carton qui serait soluble dans l'eau, qui se met sur la cuvette ... non, c'est pas ?

Faut faire pipi avant ... c'est un truc, tu vois, j'ai jamais pensé à leur dire , je leur dis : « faut pas que y'ait de contact avec l'eau » ... mais ...

#### 5 - Discussion

# 5.1 - Synthèse des résultats

#### 5.1.1 - Obstacles

Temps et argent. Non seulement les actes de prévention ne sont pas rémunérés mais ils réduisent le temps disponible pour faire des actes rémunérés. Le médecin peut demander au patient de venir pour une consultation dédiée à la prévention mais, étant le demandeur, il lui est difficile alors de demander des honoraires.

Responsabilité. Pour le médecin généraliste, s'engager dans le dépistage des cancers, c'est prendre une responsabilité (réaliser les tests dans les délais, assurer le suivi y compris lorsque les patients ne reviennent pas). Rien, ni rétribution ni reconnaissance, ne lui est proposé en échange de ce surcroît de tension. Plus globalement on trouve chez les médecins le même clivage que dans le reste de la société, entre ceux qui mettent en avant leur responsabilité collective vis à vis des patients, et particulièrement des plus vulnérables, et ceux qui mettent en avant la responsabilité individuelle des patients, qui ont le droit de fumer, de ne pas faire de tests de dépistage, etc.

L'attention à l'individu et l'attention à la population. Au cœur de la consultation de médecine générale il y a l'écoute, l'attention portée à la demande, aux attentes, aux besoins du patient. La préoccupation préventive du médecin vient interférer avec la disponibilité nécessaire pour bien écouter. Concilier l'approche centrée sur le patient et la démarche de santé publique demande un travail mental supplémentaire. Parfois les demandes et les problèmes du patient sont tellement prégnants qu'il ne reste absolument pas de place pour la prévention.

« Agressivité » du dépistage. Proposer un test de dépistage d'un cancer, c'est faire irruption dans l'espace psychique du patient et remettre en cause le sentiment d'invulnérabilité immédiate dont il a besoin, comme tout le monde, pour vivre au quotidien. De plus le dépistage des cancers du sein, du col utérin et du colon-rectum ne sont pas des gestes anodins, ils peuvent susciter chez certains patients du dégoût, une gêne vis à vis de leur pudeur, une crainte d'avoir mal.

Obstacles supplémentaires chez les patients défavorisés. L'éducation, la « culture de santé » (health litteracy des anglo-saxons) est inégalement distribuée dans la société. Les patients les plus favorisés de ce point de vue (qui sont aussi les plus favorisés matériellement) comprennent mieux les enjeux de la prévention, et ils sont plus facilement demandeurs (parfois de manière excessive). Au contraire, les patients les moins favorisés ont moins souvent des demandes spontanées de prévention. Il peut s'agir d'une perception insuffisante des enjeux, mais aussi d'un problème d'énergie disponible et de priorités : il faut aller relativement bien sur les plans psychologique et social pour s'occuper préventivement de sa santé. Les patients socialement défavorisés consultent plus souvent sans rendez-vous (situation défavorable à la prévention). Lorsqu'ils consultent sur rendez-vous pour des pathologies chroniques, le médecin qui veut bien faire consacre beaucoup de temps à l'éducation et à la gestion du suivi. La prévention risque encore d'être sacrifiée.

Insuffisance des dossiers. Les médecins renseignent rarement les dossiers sur les frottis et les mammographies lorsque les patientes sont suivies par un(e) gynécologue. Fréquemment les informations saisies ne sont pas datées (« fume 1 paquet par jour », « frottis à jour »). La plupart des logiciels de dossiers médical ont une fonction « alarme », et tous permettent de saisir des données structurées. Mais les éditeurs laissent chaque médecin libre de « bricoler » sa propre solution et ne proposent pas de module intégré pour le suivi préventif. Il en résulte une grande variabilité entre médecins (y compris utilisateurs du même logiciel) et une impossibilité de mesurer et de suivre des indicateurs de prévention à partir des dossiers informatisés, donc une impossibilité de construire des démarches d'amélioration continue de la qualité des soins préventifs.

Compétences. Tous les médecins n'ont pas la compétence pour la réalisation du frottis de dépistage du cancer du col. Ceux qui ont cette compétence la perdent s'ils ne font plus assez souvent le geste technique : médecins généralistes exerçant dans une zone riche en gynécologues, médecins généralistes de sexe masculin exerçant avec des collègues de sexe féminin.

Controverses. La prévention est le « fusible » de la consultation, c'est ce qu'on laisse tomber quand on doit gagner du temps. Dans ces conditions, toute polémique, controverse, doute sur le rapport bénéfice risque d'un soin de prévention peut avoir des répercussions importantes sur la pratique. Ces répercussions dépendent du soin de prévention en question : s'il s'agit du dosage du cholestérol ou du PSA, qui ne prennent aucun temps supplémentaire au médecin (il ajoute ces dosages à une ordonnance de biologie) les répercussions sont faibles. Par contre s'il s'agit d'un acte « à négocier », comme la mammographie, les répercussions peuvent être importantes.

Qui fait quoi ? Il est d'autant plus difficile aux médecins généralistes d'être systématiques dans la mise en œuvre des soins de prévention, qu'ils sont souvent en doublon avec les gynécologues, les médecins du travail, les gériatres, les cardiologues... Le partage des tâches n'est jamais explicite entre professionnels. Un obstacle supplémentaire est le non respect des délais recommandés par les spécialistes. Les patients ainsi « éduqués » protestent lorsque le médecin généraliste refuse le frottis, la mammographie ou le dosage des lipides annuels.

Concurrence du dépistage individuel. Le croyance que « plus cher c'est mieux » a des conséquences dans l'orientation des patientes vers le dépistage mammographique individuel, et ce d'autant plus que le message semble relayé par des gynécologues et des radiologues.

Coût de la suite du dépistage. Un obstacle de plus en plus fréquent est la nécessité de financer les examens après dépistage positif : qu'il s'agisse d'une coloscopie, d'une colposcopie ou d'un bilan d'imagerie sénologique, il n'y a plus beaucoup de spécialistes réalisant ces examens en ville sans dépassement d'honoraire. Pour faire faire ces examens à l'hôpital il faut passer par une consultation préalable de gastroentérologue ou de gynécologue, et les délais peuvent être de plusieurs mois. La conséquence peut être un retard au diagnostic du cancer chez les patients socialement défavorisés (tout particulièrement patients qui n'ont pas de mutuelle).

#### 5.1.2 - Pistes d'amélioration

Participer à une enquête d'auto-évaluation de sa pratique. Les participants à notre étude ont indiscutablement pris conscience des insuffisances de leur pratique préventive et de la tenue du dossier, des inégalités des soins de prévention, des conséquences de l'organisation du travail (problème des consultations sans rendez-vous), du fait qu'il y a la partie immergée de l'iceberg (les patients dont on est médecin traitant mais qu'on voit rarement). Il serait souhaitable de faire un « deuxième tour » d'audit pour mesurer les mêmes indicateurs 12 à 18 mois plus tard, afin de vérifier que les pratiques se sont améliorées. On peut imaginer que dans le cadre du Développement Professionnel Continu, l'ARS incite à la réalisation de ce type d'enquête.

Améliorer les logiciels de dossier médical. Un module de prévention/dépistage, le même dans tous les logiciels, aiderait les médecins : 1) face aux patients en consultation, par la fonction « rappel automatique», 2) à distance en produisant sans effort de collecte de données des indicateurs de qualité des pratiques préventives. Le même outil permet le suivi des pathologies chroniques. Actuellement deux logiciels seulement disposent d'un module « tableaux de bord de suivi », qui offre ce type d'aide. Mais il a été montré que la majorité des logiciels pourraient implémenter ce module. La question est : quelle incitation pour les médecins ? pour les éditeurs ?

"Pré-activation" des patients. Ce concept (développé dans le "Chronic care model") se réfère au processus qui aide le patient à être plus participatif et sûr de lui pendant les consultations. Un bon exemple est le carnet de santé des enfants. Les parents qui en prennent connaissance savent que leur enfant doit bénéficier de certains examens de prévention, vaccins, tests, etc. Ils sont prêts à échanger avec le médecin sur ces procédures pendant la consultation, et le cas échéant, pour les réclamer. Cet effet pourrait être obtenu chez l'adulte par la lecture de documents mis à disposition dans la salle d'attente, remis à l'accueil, avant la consultation, ou remis en fin de consultation pour préparer la consultation suivante (par exemple questionnaire à remplir par le patient pour évaluer ses facteurs de risque). Il pourait s'agir de documents numériques interactifs. Le but recherché est que le patient vienne consulter avec une demande de prévention.

"Pré-activation" des médecins. S'ils veulent mettre en oeuvre un soin de prévention au cours d'une consultation pour un autre motif, aigu ou chronique, les médecins généralistes doivent être conscients de leurs propres priorités, analyser les priorités des patients, évaluer à quel point ils peuvent s'autoriser à être intrusifs, gérer strictement le temps de la consultation. Ils doivent également "oser" faire revenir les patients pour une consultation spécifique de prévention. Pour faire le tour des obstacles et construire une stratégie dans laquelle ils se sentent à l'aise, certains médecin pourraient tirer bénéfice de la participation à un "groupe d'échange de pratiques" centré sur la prévention.

Suivi d'indicateurs de prévention. Dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC) on pourrait inciter les médecins à mesurer périodiquement quelques indicateurs de qualité des pratiques individuelles de prévention/dépistage, et à réfléchir collectivement sur ces indicateurs, dans des groupes d'échange de pratique. Si on souhaite travailler sur les inégalités sociales de prévention, il faut également inciter les médecins à enregistrer un

indicateur simple de position sociale (par exemple la PSC de l'INSEE), afin de stratifier les indicateurs de prévention selon la position sociale.

Réorganisation des consultations et intervention de nouveaux acteurs. Il faudrait pouvoir diversifier les formats des consultations, proposer des consultations sur rendez-vous, des consultations plus longues pour les patients qui ont des problèmes plus complexes, des consultations dédiées à la prévention. Cette ouverture est essentielle, et ne peut être dissociée d'une diversification des modes de rétribution. Dans les maisons de santé pluridisciplinaires, nouvelles structures qui commencent à voir le jour, des infirmiers(ères) pourraient réaliser des consultations de suivi pour les patients ayant des pathologies chroniques bien stabilisées, et des consultations de prévention selon des protocoles par sexe et classe d'âge. Des assistant(e)s pourraient travailler sur la base de données – patients afin d'identifier les patients à inviter pour un soin préventif ("register review recall system").

Renforcer les liens entre médecins généralistes et dépistage organisé (DO). Aujourd'hui en Ile de France le médecin traitant peut consulter le serveur départemental du DO pour connaître le statut d'un patient vis à vis du dépistage. Prochainement, une étude d'intervention randomisée, incluant 60 médecins, va évaluer l'impact de la participation du médecin généraliste traitant à l'invitation au dépistage du cancer colorectal (il cosignera les lettres d'invitation et de relance avec l'organisme gestionnaire du DO). Il serait souhaitable de continuer à développer des liens fonctionnels entre les médecins et le dispositif du DO, par exemple : dans le DO du cancer colorectal, possibilité pour le médecin de se passer des étiquettes pour remettre le kit de recueil ; envoi par l'organisme gestionnaire la liste de personnes éligibles au médecin traitant (ce qui nécessite également un lien avec l'Assurance Maladie).

#### 5.2 - Points forts de l'étude

Les participants étaient des hommes et des femmes exerçant en groupe ou en solo, à Paris ou en banlieue (petite couronne, Essonne).

Ils se sont exprimés facilement et abondamment. Ils se connaissaient, étaient très à l'aise dans un cadre familier et convivial.

#### 5.3 - Limites de l'étude

Les participants étaient tous maîtres de stage, ce qui implique une motivation particulière et il est possible que des médecins différents auraient fait émerger d'autres thèmes.

Les participants venaient d'assister à la présentation des résultats globaux de l'enquête quantitative transversale. Ils avaient également reçu leurs résultats individuels. Les résultats avaient mis en évidence d'une part que le dépistage des cancers pouvait largement être amélioré, et d'autre part qu'il y avait des gradients sociaux de dépistage. Il est possible que le discours de certains médecins ait été infléchi dans le sens des résultats (biais de désirabilité).

En même temps, le but était de recueillir leur discours sur les obstacles. La confrontation préalable à leurs performances individuelles, s'est avérée une stratégie fructueuse.

La conduite des réunions s'appuyait sur un canevas très souple fait de quelques questions. Il n'y avait pas de grille d'entretien.

La qualité des enregistrements était médiocre, ce qui a rendu la retranscription difficile. Le 8 octobre, un problème d'enregistrement a fait perdre une partie du matériel.

### 6 - Conclusion

Concrètement que faire demain?

L'ARS peut orienter les activités de DPC et faire travailler les médecins généralistes sur le dépistage des cancers. Elle peut également œuvrer auprès de l'Assurance Maladie pour que les organismes gestionnaires aient les listes médecin traitant. Elle peut soutenir la création de maisons et pôles de santé dans lesquels, un des objectifs serait l'amélioration de la qualité globale et la réduction des inégalités de prévention/dépistage. Dans ces nouvelles structures, il sera possible de tester différents types de rétribution (par exemple pour une consultation de prévention), et de faire intervenir de nouveaux acteurs pour aider les médecins généralistes.

Les organismes gestionnaires peuvent continuer à développer les liens fonctionnels avec les médecins généralistes. Ils peuvent proposer aux médecins des outils (brochures, questionnaires) visant à « activer » les patients.

L'amélioration des logiciels de dossier médical est un problème national, mais il paraît possible de soutenir au niveau régional des groupes de médecins qui veulent faire pression sur l'éditeur de leur logiciel afin que celui-ci soit doté d'un module de prévention/dépistage.