

FBCC - SSMG - STES.APES

**ENQUETE SUR LES PRATIQUES ET LES ATTENTES
DES MEDECINS GENERALISTES
EN MATIERE DE
PREVENTION, TRAITEMENT ET SUIVI DES CANCERS**

RAPPORT FINAL - 15/05/2002

Catherine DAVISTER, Bernadette ESCOYEZ, Wafa BEN SEDRINE
STES.APES, Université de Liège,
Département des Sciences de la Santé Publique

Chantal VANDOORNE
APES-ULG, Service Communautaire de Promotion de la Santé

TABLE DES MATIERES

A. PRESENTATION DE L'ETUDE	4
1. LES PARTENAIRES	4
2. LES OBJECTIFS ET LE CONTENU DE L'ENQUETE	4
3. LES PHASES DE L'ETUDE	5
 B. RESULTATS	7
1. ECHANTILLONNAGE ET DEROULEMENT DE L'ENQUETE	7
2. CARACTERISTIQUES GENERALES DES REONDANTS	9
2.1. REPARTITION GEOGRAPHIQUE	9
2.2. SEXE	10
2.3. AGE	10
2.4. ANCIENNETE EN MEDECINE GENERALE	11
2.5. PRATIQUE EN SOLO OU A PLUSIEURS	11
2.6. PRATIQUE AU SEIN D'UNE STRUCTURE PREVENTIVE	12
2.7. LES LIENS ENTRE CARACTERISTIQUES DESCRIPTIVES	13
2.7.1. Sexe, âge et ancienneté dans la pratique de médecine générale	13
2.7.2. Les types de pratique	14
2.7.3. Sexe et type de pratique en médecine générale	14
2.7.4. Les caractéristiques liées à l'âge et à l'ancienneté	15
3. PRATIQUE EN MATIERE DE CANCER	16
3.1. ESTIMATION DU NOMBRE DE PATIENTS CANCEREUX SUIVIS	16
3.2. TYPES D'INTERVENTION EN MATIERE DE PREVENTION DES CANCERS	17
3.3. INTERVENTIONS EN MATIERE DE TRAITEMENT ET DE SUIVI DES PATIENTS CANCEREUX	19
3.4. THEMES PREVENTIFS ABORDES PAR LES MG AVEC LEURS PATIENTS	21
3.5. ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS POUR LA REDUCTION DES RISQUES	25
3.6. PERSPECTIVES DE PRATIQUE EN MATIERE DE CANCER	25
3.7. LIENS ENTRE INTERVENTIONS PREVENTIVES, SEXE, AGE ET TYPE DE PRATIQUE MEDICALE	27
3.7.1. Sexe	27
3.7.2. Type de pratique en médecine générale et variété des interventions	27
3.7.3. Types d'interventions préventives, âge et ancienneté	28
3.7.4. Perspectives de pratique, âge et ancienneté	28

4. FORMATION ET INFORMATION DES MEDECINS GENERALISTES	29
4.1. ACCOMPAGNEMENT ET FORMATIONS	29
4.1.1. Importance	29
4.1.2. Modalités de formation	30
4.2. INFORMATION DES MEDECINS GENERALISTES EN MATIERE DE CANCER	31
4.2.1. Niveau d'information sur les différentes interventions	31
4.2.2. Utilité des sources d'information	34
C. CONCLUSIONS	36
D. TABLE DES TABLEAUX	38
E. ANNEXES	39
1. LE QUESTIONNAIRE DE L'ENQUETE EXTENSIVE	39
2. LE CANEVAS D'ENTRETIEN DE L'ENQUETE QUALITATIVE	49

A. PRESENTATION DE L'ETUDE

1. LES PARTENAIRES

- La Fédération Belge Contre le Cancer (F.B.C.C.)
Chaussée de Louvain, 479 1030 Bruxelles
- La Société Scientifique de Médecine Générale (S.S.M.G.)
Rue de Suisse, 8 1060 Bruxelles
- Le STES.APES – Service de Santé au Travail et d'Education pour la santé,
Département des Sciences de la Santé Publique de l'Université de Liège,
Sart Tilman, B23 4000 Liège

2. LES OBJECTIFS ET LE CONTENU DE L'ENQUETE

En collaboration avec la SSMG, la FBCC souhaite accompagner les médecins généralistes dans la prévention et le dépistage des cancers, ainsi que dans le suivi et l'accompagnement des patients cancéreux.

Au vu des expériences antérieures de sensibilisation et de la connaissance empirique des attentes des médecins généralistes, il est envisagé de développer des modalités de formation et de sensibilisation "originales" et diversifiées.

Le STES.APES de l'Université de Liège a été interpellé pour soutenir la FBCC et la SSMG dans la réalisation d'une analyse des besoins et attentes des médecins généralistes, qui fonderait cette diversification des modalités de formation et de sensibilisation.

Pour approcher les besoins des MG en matière de formation, il a paru utile de recueillir des informations autour de trois axes :

- Les caractéristiques générales des MG et leurs pratiques (âge, sexe, nombre d'années de pratique et type de pratique).
- Les pratiques spécifiques en matière de cancer, c'est-à-dire :
 - ◆ les circonstances dans lesquelles certains thèmes préventifs sont abordés;
 - ◆ la place et le rôle que les médecins généralistes prennent dans le dépistage, le suivi et l'accompagnement des patients cancéreux;
 - ◆ la place que les médecins généralistes ont l'intention de donner au dépistage, au suivi et à l'accompagnement dans leurs activités professionnelles futures.
- Les besoins ressentis pour améliorer l'information et l'accompagnement des patients :
 - ◆ les domaines/thèmes difficiles à aborder avec les patients;
 - ◆ les sources d'information et de formation utilisées par les médecins.

3. LES PHASES DE L'ETUDE

L'étude s'est déroulée en deux étapes :

1. Enquête extensive :

Une enquête téléphonique a été réalisée entre le 12 mars et le 12 avril 2001 sur un échantillon aléatoire de l'ensemble des médecins généralistes en Communauté française.

Les enquêteurs étaient des étudiants en médecine ayant reçu une courte formation à la technique de l'enquête téléphonique. Les entretiens téléphoniques se sont basés sur un questionnaire figurant en Annexe I. Le questionnaire a recueilli des informations sur les trois axes présentés ci-dessus.

Il était prévu, dans un deuxième temps, d'approfondir les contours des offres potentielles de formation par des entretiens avec des groupes de médecins, contrastés l'un par rapport à l'autre sur ces trois axes ou sur un de ceux-ci. Des analyses bivariées ont donc été réalisées afin de faire ressortir des différences dans les profils des MG.

2. Enquête qualitative

A l'issue de l'enquête extensive, 18 MG dispersés dans 5 provinces se sont portés volontaires pour participer à des discussions sous forme de groupes focalisés.

Ce type d'investigation demandant la mise en place d'au moins quatre groupes de discussions, il n'a pas été possible de l'organiser. Nous avons alors opté pour une enquête qualitative sous forme d'entretiens téléphoniques semi-structurés.

L'enquête, réalisée par téléphone auprès de ces 18 volontaires ayant participé à la première étape, était destinée à clarifier certains termes utilisés dans la première phase et à éclairer la signification de résultats interpellants. Le guide d'entretien est fourni en Annexe 2.

Ainsi, certains **termes** utilisés dans l'enquête extensive semblaient avoir prêté à confusion. On a donc demandé à ces MG volontaires de préciser comment eux-mêmes interprétaient ces termes en référence à leur pratique quotidienne :

- le terme "*dépistage*",
- la nuance entre "*prescrire*" un dépistage et le "*réaliser*",
- les termes "*soutien psychologique*" et "*information*",
- la nuance entre "*suivi*" et "*prise en charge*" d'un traitement,
- le terme "*suivi du deuil*".

En outre les MG ont été invités à donner **leur interprétation en référence à leur propre pratique** sur :

- les perspectives de développement d'activités;
- les thèmes préventifs abordés avec les patients.

Cette enquête a été réalisée entre le 15 et le 31 octobre 2001. Seize des 18 MG volontaires ont pu être contactés.

Les caractéristiques de cet échantillon de 18 MG ont été comparées avec celles des 301 répondants à l'enquête extensive. Si ce petit échantillon ne peut être considéré comme "représentatif" d'un point de vue statistique, il présente cependant une diversité comparable à celle des 301 répondants à l'enquête téléphonique : répartition par âge, sexe, origine géographique, ancienneté, type de pratique, actes préventifs et formations déjà suivies.

B. RESULTATS

1. ECHANTILLONNAGE ET DEROULEMENT DE L'ENQUETE

A partir de la liste alphabétique des 6697 médecins généralistes de la Communauté française fournie par la SSMG, un échantillon de 2030 MG a été constitué par tirage aléatoire. Cet échantillon de base a été construit de telle manière que, pour chacun des 500 MG tirés en premier rang, quatre "réservistes" étaient prévus en cas de refus du premier, d'impossibilité ou de non-pertinence du contact. In fine, 301 enquêtes ont été exploitées pour l'analyse.

Tableau 1 : Répartition des répondants par rang dans l'échantillonnage

RANGS	n	%
1	182	60
2	80	27
3	31	10
4	7	2
5	1	1
<i>Total</i>	<i>301</i>	<i>100</i>

Deux tiers des médecins ont répondu en premier rang. Cependant, l'objectif des 400 répondants, fixé au départ, n'a pu être atteint dans les délais fixés pour l'enquête en raison de la difficulté à établir un contact effectif : alors que le temps prévu pour réussir une enquête est d'une demi-heure, une heure a été nécessaire en moyenne pour ce faire.

Tableau 2 : Répartition des répondants en fonction du nombre de contacts nécessaires

CONTACTS	n	%
1	54	18
2	101	33
3	83	28
4	37	12
5	21	7
>5	5	2
<i>Total</i>	<i>301</i>	<i>100</i>

Si on se réfère au mode, deux contacts ont été nécessaires pour réaliser l'enquête auprès de la majeure partie des MG.

Au total, on a tenté de contacter **654** MG : **301** ont répondu au questionnaire. Les **353** restants comprennent les refus, les cas non pertinents (ceux qui n'exercent plus, pas ou peu la médecine générale) et les cas où les coordonnées de contact étaient erronées.

Tableau 3 : Répartition des cas non pertinents, des refus et des échecs de contact.

	n	%
REFUS :		
- Pas le temps	71	20
- N'accepte pas les enquêtes	25	7
- Autre raison	18	5
- Ne veut pas donner la raison	18	5
Total	132	37
CAS NON PERTINENTS :		
- Ne pratique plus	52	15
- Ne pratique pas (autre activité médicale)	50	14
- Ne pratique pas beaucoup	2	1
Total	104	30
ECHECS DE CONTACT :		
- Plus de 5 tentatives de contact	44	12
- Mauvaises coordonnées	32	9
- Vacances, congé maladie...	27	8
- Autres	14	4
Total	117	33
TOTAL GENERAL	353	100

On constate que parmi ces **353 cas**, seuls 37% sont des réels refus de participer à l'enquête. Les autres échecs de l'enquête sont dus aux données figurant sur le listing de départ : des individus qui ne pratiquent pas ou ne pratiquent plus la médecine générale d'une part, des erreurs dans les coordonnées de contact d'autre part.

Ces informations nous permettent de calculer la **base interrogable** de l'étude, c'est-à-dire le total des individus qui ont répondu à l'enquête et de ceux qui l'ont refusée, bien que pratiquant la médecine générale. Sur les 654 MG, si on retranche les 104 non pertinents et les 117 échecs de contact, on obtient une base interrogable de 433. Le **taux de participation réel** à l'enquête téléphonique est de **69.5 %**. En d'autres termes, sur les 433 médecins généralistes qui ont été contactés, 3 sur 10 ont refusé de participer à l'enquête.

Les résultats qui suivent portent uniquement sur les **301** médecins généralistes qui ont répondu au questionnaire. L'étude des caractéristiques de ceux qui ont refusé ou des cas non pertinents pour notre étude ne peut malheureusement pas être réalisée, la plupart des médecins refusant même de donner les quelques informations qui auraient permis cette comparaison.

2. CARACTERISTIQUES GENERALES DES REPONDANTS

Il s'agit de situer les répondants quant à leur lieu d'habitation, leur sexe, leur âge et leur type de pratique professionnelle afin d'apprécier, dans un deuxième temps, dans quelle mesure certaines de ces caractéristiques sont liées avec les pratiques des MG en matière de cancer.

2.1. Répartition géographique

Il est demandé aux enquêtés de donner le code postal de la localité où se situe leur cabinet de consultation. De cette manière, il est possible de mettre en évidence la répartition géographique de l'échantillon par province francophone.

Tableau 4: Répartition des répondants par province (n = 301) et répartition de la population des MG actifs en Communauté française en 1999 (en ETP)

PROVINCE	Echantillon des répondants		Population des MG actifs (ETP)*	
	n	%	n	%
Bruxelles / Brabant wallon	96	32	2936	38
Liège	78	26	1823	23
Hainaut	50	16	1866	24
Luxembourg	45	15	394	5
Namur	32	11	755	10
<i>Total</i>	<i>301</i>	<i>100</i>	<i>7774</i>	<i>100</i>

*Source : *Banque de données Sesa (UCL), 1999*

On peut constater que les provinces du Brabant Wallon et de Liège sont les deux plus représentées dans notre échantillon, viennent ensuite le Hainaut et le Luxembourg, puis la province de Namur.

Cette situation ne reflète que partiellement la répartition effective des MG actifs en Communauté française. Des différences statistiquement significatives s'observent entre les effectifs relatifs des MG actifs en terme d'Équivalent Temps Plein (ETP) et les proportions de répondants dans notre échantillon pour les provinces du Hainaut ($p = 0.0014$) et du Luxembourg ($p = 0.000$). Les omnipraticiens établis dans la province du Hainaut sont vraisemblablement sous-représentés, alors que ceux du Luxembourg sont a contrario sur-représentés.

2.2. Sexe

Tableau 5 : Répartition des répondants par sexe (n = 301)

SEXÉ	n	%
Homme	217	72
Femme	84	28
TOTAL	301	100

Près des trois quarts des répondants sont des hommes. En ce point, l'échantillon de répondants est comparable ($p = 0.268$) avec la population des MG actifs en Communauté française, composé à 69% de médecins masculins (*Source : Sesa, UCL, année 1999*).

2.3. Age

Les MG sont âgés en moyenne de **46 ans** (+/- 10.3). Le plus jeune a 27 ans et le plus âgé a 75 ans. Ils sont en moyenne légèrement plus jeunes que la population de référence des omnipraticiens actifs en Communauté française, dont l'âge moyen s'établissait en 1999 à 48 ans (+/- 11.4) (*Sources : nos calculs, sur base des données du Sesa, UCL*). Malgré tout, l'échantillon est représentatif de la population en terme d'âge : l'hypothèse de différence de moyenne est rejetée ($p = 0,3682$).

Tableau 6 : Répartition des répondants par classe d'âge (n = 301)

AGE	Échantillon des répondants		Population des MG actifs *
	n	%	%
20-29 ans	15	5	2
30-39 ans	58	20	20
40-49 ans	131	44	37
50-59 ans	64	21	26
60-69 ans	24	8	9
70 ans +	9	3	6
<i>Total</i>	<i>301</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

* *Source: Banque de données Sesa, UCL; année 1999*

La classe d'âge la plus représentée est celle des 40-49 ans : près de 45% de l'échantillon. Viennent ensuite les 50-59 ans et les 30-39 ans dans des proportions assez semblables (environ 20%). Dans l'ensemble, cette situation est à l'image de la répartition par tranche d'âge de la population des MG actifs en Communauté française.

2.4. Ancienneté en médecine générale

Il était demandé aux enquêtés de signaler depuis combien d'années ils pratiquaient la médecine générale. Voici les données, classées par intervalles de 5 ans. L'année de référence est 2001.

Tableau 7 : Répartition par nombre d'années d'ancienneté en MG (n = 301)

Ancienneté en MG	n	%	Ancienneté en MG	n	%
1 à 5 ans	34	11	1 à 15 ans	124	41
6 à 10 ans	37	12			
11 à 15 ans	53	18			
16 à 20 ans	62	21	16 à 30 ans	142	47
21 à 25 ans	59	19			
26 à 30 ans	21	7			
31 à 35 ans	17	6	31 ans et plus	35	12
36 ans et plus	18	6			

Le nombre moyen d'années de pratique en médecine générale est de **19 ans** avec un minimum d'un an et un maximum de 51 ans.

La majorité des répondants (59 %) ont une ancienneté en MG de plus de 15 ans. La lecture de la première partie du tableau montre cependant que 23% des MG de l'échantillon pratiquent la médecine générale depuis 10 ans ou moins de 10 ans et que 12 % la pratiquent depuis plus de 30 ans.

Comme on peut s'y attendre, l'âge et l'ancienneté sont fortement corrélés (0.95) : les médecins les plus âgés sont aussi ceux qui pratiquent la médecine générale depuis le plus longtemps.

2.5. Pratique en solo ou à plusieurs

Les modalités de pratique de la médecine générale ont été regroupées en deux catégories selon que le MG exerce (principalement) seul ou pas.

Tableau 8 : Répartition par type de pratique en MG (n=301)

TYPE DE PRATIQUE	n	%
Seul	241	80
A plusieurs	60	20
<i>Total</i>	<i>301</i>	<i>100</i>

Dans notre échantillon, 4 médecins sur 5 pratiquent la médecine générale en solo tandis que les 20 % restants pratiquent soit à plusieurs médecins généralistes (13%) soit dans le cadre d'équipes pluridisciplinaires (7%) : maisons médicales, plannings familiaux, IMS, polycliniques, ...

Selon les statistiques fournies par le Sesa (UCL), le nombre de MG ayant, en Communauté française, une activité en cabinet privé s'élevait en 1999 à 5975, contre 170 en cabinet pluridisciplinaire, 267 en cabinet de groupe et 2595 dans le cadre d'un autre type de structure. La catégorie des MG exerçant en cabinet privé ne représente donc que 66% du total. De plus, cette catégorie comprend les médecins qui exercent simultanément en cabinet privé et dans une autre structure (qu'il s'agisse d'un cabinet pluridisciplinaire, d'un cabinet de groupe ou autre), sans que l'on puisse distinguer quelle est leur activité principale. Ainsi bien que cette catégorie soit conçue de manière plus large, elle possède un effectif relatif inférieur au nôtre. De toute évidence, les MG travaillant seuls sont sur-représentés dans notre échantillon. Le fait d'être "plus isolés" serait-il un facteur qui inciterait à plus de participation à ce type d'enquête (intérêt à l'échange d'information, feed-back de l'enquête...)?

2.6. Pratique au sein d'une structure préventive.

A l'origine, le questionnaire comprenait deux questions ouvertes : l'une portant sur l'appartenance ou non du MG à une structure préventive (telles que l'ONE, l'IMS, la médecine du travail...) et l'autre sur son adhésion à un autre groupe de prévention. Après une première analyse de leurs réponses, une seule variable dichotomique a été prévue pour regrouper ces deux questions : participer ou non aux activités d'organismes à vocation préventive.

Tableau 9 : Répartition des MG en fonction de leur participation aux activités d'organismes à vocation préventive (n=301)

Participation aux activités d'organismes à vocation préventive	n	%
Oui	88	29
Non	213	71
<i>Total</i>	<i>301</i>	<i>100</i>

Plus de deux tiers des MG ne font partie d'aucune structure préventive, quel qu'en soit le type. La répartition des structures auxquelles participent les 88 MG restants est représentée dans le tableau suivant.

Tableau 10 : Répartition des organismes à vocation préventive où exercent les MG (107 citations)

TYPE D'ORGANISMES A VOCATION PREVENTIVE	n
IMS, PMS, ONE, médecine scolaire, ...	67
Groupes de médecins, SSMG, Dodécagroupes, FBCC...	10
Dépistage du cancer, DIPAC...	9
Planning familial, toxicomanie...	7
Médecine du travail, FOREM...	5
Coordination projet multidisciplinaire en prévention	3
Soins palliatifs	2
Maison de repos, MRS, homes...	1
Autres	3
<i>TOTAL</i>	<i>107</i>

On obtient un total de 107 (et non 88) parce qu'un même MG peut faire partie de plusieurs organismes à vocation préventive : 19 ont mentionné deux structures préventives et 69 n'en ont cité qu'une. Parmi les 19 MG qui ont déclaré faire partie de deux types de structures préventives, la plupart (16 MG) combinent une activité orientée vers l'enfance (I.M.S., P.M.S., ONE, etc...) avec un autre type d'activité préventive : médecine du travail, planning familial ou toxicomanie, groupes de médecins divers, dépistage du cancer ou soins palliatifs.

Parmi les 88 MG qui déclarent participer aux activités d'au moins un organisme à vocation préventive, 76% mentionnent les activités orientées vers l'enfance, 11% les groupes de type dodécagroupes, SSMG, FBCC et 10% le dépistage du cancer. Si on se réfère au total du groupe des 301 répondants, la participation à des activités en rapport avec l'enfance (IMS, PMS, ONE, Médecine scolaire) concerne 22 % des MG et les activités de dépistage du cancer, 3 % d'entre eux.

2.7. Les liens entre caractéristiques descriptives

2.7.1. Sexe, âge et ancienneté dans la pratique de médecine générale

Comment se répartissent les MG si l'on combine l'âge et le sexe ? Le test T-Student permet de comparer les âges moyens de deux groupes d'individus. Dans notre cas, on constate que les femmes sont plus jeunes que les hommes : la moyenne d'âge pour les femmes est de **40 ans** alors qu'elle est de **48** ans pour les hommes. (valeur du test T : 6.79, p = 0.000)

Ces chiffres rejoignent ceux du *Baromètre santé 98-99* (1) mais la différence entre les hommes et les femmes y est néanmoins moins importante : l'âge moyen est de **41.5** ans pour les femmes et **46.0** ans pour les hommes. Les auteurs ont ainsi mis en évidence un double phénomène : une *féminisation* et un *vieillissement de la profession*, qui se dessinaient déjà dans les enquêtes depuis 1994.

Tableau 11 : Répartition de l'ancienneté de la pratique en MG en fonction du sexe

SEXE	ANCIENNETE DE LA PRATIQUE EN MEDECINE GENERALE			TOTAL
	MOINS DE 11 ANS	ENTRE 11 ET 20 ANS	PLUS DE 21 ANS	
Hommes (n=217)	15 %	38 %	47 %	100 %
Femmes (n=84)	46 %	38 %	16 %	100 %

Le nombre d'années d'ancienneté varie avec le sexe (p-valeur du Chi-carré : 0.000). L'examen du tableau 11 renforce ainsi l'hypothèse d'une féminisation de la profession de médecin généraliste puisque 46 % des femmes ont une ancienneté de moins de 11 ans alors que seulement 15 % des hommes connaissent cette situation.

¹ ARENE J., GUILBERT Ph., BAUDIER F. (dir.), *Baromètre Santé : médecins généralistes 98/99*, Education pour la santé pour mieux vivre, Editions CFES, 1999.

2.7.2. Les types de pratique

Le fait de travailler seul ou à plusieurs est lié de manière significative à la participation à un organisme à vocation préventive (p-valeur du Chi-carré = 0.04).

Parmi les MG qui exercent seuls, seulement 27 % font partie d'au moins un organisme préventif, tandis que 40 % des MG qui travaillent à plusieurs font partie d'organismes préventifs.

Tableau 12 : Faire partie d'un organisme préventif en fonction du type de pratique (n=301)

TYPE PRATIQUE	ORGANISME PREVENTIF	
	OUI	NON
SEUL (n = 241)	27 %	74 %
A PLUSIEURS (n = 60)	40 %	60 %
TOTAL (n=301)	30 %	70 %

En se basant sur ce constat et dans le but de faciliter les analyses ultérieures, on a construit une nouvelle variable dichotomique qui décrit le type de pratique médicale des répondants : d'une part, ceux qui travaillent seuls ET qui ne font partie d'aucun organisme préventif; d'autre part, ceux qui travaillent à plusieurs ET/OU qui font partie d'au moins un organisme préventif. Les modalités de cette variable ont été rebaptisées "Isolés" (177 MG) versus "Collectifs" (124 MG).

On notera donc que la catégorie "collectifs" (parties grisées dans le tableau) inclut, en sus de tous les MG pratiquant à plusieurs, ceux qui adhèrent à un organisme préventif tout en exerçant leur activité principale en solo.

2.7.3. Sexe et type de pratique en MG

Les hommes ont une pratique en médecine générale plus "isolée" que les femmes : 63 % d'entre eux travaillent seuls et ne font partie d'aucun organisme préventif alors que 52 % des femmes travaillent d'une manière "collective" (à plusieurs ou dans un organisme préventif) (p-valeur du Chi-carré : 0.014).

Tableau 13 : Type de pratique médicale en fonction du sexe (n = 301)

SEXE	TYPE PRATIQUE		TOTAL
	"ISOLE"	"COLLECTIF"	
Hommes (n=217)	63 %	37 %	100 %
Femmes (n=84)	48 %	52 %	100 %

Les différents tests statistiques montrent cependant que c'est avant tout le fait de travailler seul ou à plusieurs qui varie en fonction du sexe. La seule appartenance à une structure préventive n'est pas significativement liée au sexe du médecin (p-valeur du chi-carré : 0,014)

Tableau 14 : Travailler seul ou à plusieurs en fonction du sexe (n = 301)

SEXE	TYPE PRATIQUE GENERALE		TOTAL
	SEUL	PLUSIEURS	
Hommes (n=217)	84 %	16 %	100 %
Femmes (n=84)	70 %	30 %	100 %

Le type de pratique médicale varie de manière significative en fonction du sexe (p-valeur du Chi-carré = 0.008). Les hommes ont tendance à exercer plus souvent seuls que les femmes. Alors qu'une femme sur trois travaille à plusieurs, seulement un homme sur 6 adopte ce genre de pratique (p-valeur du Chi-carré : 0.008).

2.7.4. Les caractéristiques liées à l'âge et à l'ancienneté

L'âge du médecin généraliste et le nombre d'années de pratique qu'il possède au moment de l'enquête sont fortement liés. Les deux variables peuvent donc être utilisées de manière indifférente.

L'enquête française (*Baromètre Santé 98-99*) montre que les plus âgés sont significativement plus nombreux à exercer individuellement. La même conclusion peut être tirée de notre échantillon : l'âge moyen est de **47 ans** pour les MG qui pratiquent seuls et de **41 ans** pour ceux qui sont insérés dans des groupes de MG ou des équipes pluridisciplinaires. (p-valeur du test T- Student = 0.0003)

La comparaison des moyennes d'âge entre ceux qui font partie d'une structure préventive (**44 ans**) et ceux qui n'en font pas partie (**48 ans**) montre que les seconds sont significativement plus vieux que les premiers (p-valeur du test T-student = 0.027).

L'étude de la variable "Isolés/Collectifs" montre un lien entre le type de pratique et l'ancienneté (p-valeur du Chi-carré : 0.361).

Tableau 15 : Type de pratique médicale en fonction de l'ancienneté (n = 301)

ANCIENNETE	TYPE DE PRATIQUE		TOTAL
	"ISOLE"	"COLLECTIF"	
MOINS DE 11 ANS (n=71)	46 %	54 %	100 %
ENTRE 11 ET 20 ANS (n=114)	60 %	40 %	100 %
PLUS DE 21 ANS (n=116)	66 %	34 %	100 %

Parmi les MG ayant plus de 21 ans d'ancienneté, deux tiers des médecins travaillent de façon isolée (seul et en dehors de toute structure préventive). Par contre, cette pratique est adoptée par moins de la moitié des médecins avec une ancienneté inférieure à 11 ans.

3. PRATIQUES EN MATIERE DE CANCER

Il est généralement opportun de donner aux propositions de formation une base fonctionnelle en les articulant sur les pratiques réelles des participants potentiels et sur les difficultés qu'ils rencontrent dans l'application de celles-ci. C'est pourquoi cette enquête s'est intéressée aux pratiques en matière de cancer, en les décrivant autour de trois axes:

- le suivi de patients cancéreux,
- la prévention secondaire (dépistage),
- l'information et l'éducation du patient.

Quelle place occupe chacun de ces axes dans la pratique des médecins généralistes? A l'intérieur de chacun de ceux-ci, certaines interventions sont-elles plus fréquentes et/ou plus difficiles que d'autres? En conséquence, quelles devraient être les priorités pour l'organisation de futures formations?

3.1. Estimation du nombre de patients cancéreux suivis

Il est demandé à chaque médecin généraliste d'évaluer le nombre de patients cancéreux auxquels il a été confronté au cours des douze derniers mois. Il s'agit des patients cancéreux qui ont consulté leur MG aussi bien dans le cadre du traitement ou du suivi de leur cancer que dans le cadre d'un traitement plus général. La question est ouverte, c'est-à-dire qu'elle n'offre pas de proposition au répondant. Les résultats sont présentés ici selon des catégories construites a posteriori.

Tableau 16 : Nombre de patients cancéreux par MG au cours des douze derniers mois (n=301)

NOMBRE DE CAS	n	%
0 cas	10	3
1 - 10 cas	178	60
11- 20 cas	61	20
21 - 30 cas	30	10
31 - 40 cas	6	2,3
41 - 50 cas	8	3
> 50 cas	7	2,4
NE SAIT PAS	1	0,3
TOTAL	301	100

Cette variable est difficile à interpréter de façon isolée d'autant plus qu'il n'y a aucun point de comparaison possible avec la taille de la patientèle globale des MG qui ont participé à l'enquête.

La majorité des MG ont rencontré de 1 à 10 patients cancéreux au cours des douze derniers mois. Nonante pour cent des MG ont rencontré de 1 à 30 cas.

Il faut souligner que **10 MG** (soit 3 %) n'ont rencontré aucun patient cancéreux au cours des douze derniers mois. Ces 10 MG ne sont significativement différents des autres que pour les variables "âge" et "ancienneté" : ils sont **plus jeunes** (ils ont en moyenne 35 ans alors que les autres ont 46 ans) et ils ont seulement **8 ans** d'ancienneté en moyenne contre **19 ans** dans le reste de l'échantillon.

3.2. Types d'intervention en matière de prévention des cancers

Un ensemble de quatre questions portent sur le type d'intervention du MG en matière de prévention du cancer, toujours au cours des douze derniers mois :

- A. *Avez-vous mis au point un symptôme évocateur ?*
- B. *Avez-vous prescrit un dépistage ?*
- C. *Avez-vous réalisé vous-même un dépistage ?*
- D. *Avez-vous été informé d'un diagnostic d'un confrère spécialiste sans demande préalable de votre part ?*

Les résultats suivants ont été calculés sur un effectif total de 291 MG, car ces questions n'ont pas été posées aux 10 MG qui n'avaient suivi aucun patient cancéreux durant les douze derniers mois. Le tableau ne reprend que les fréquences et les pourcentages de réponses positives à chacune des questions.

Tableau 17 : Types d'interventions préventives réalisées par les MG (n=291)

TYPE INTERVENTION	n	%
A. Symptôme évocateur	265	91
B. Prescription d'un dépistage	274	94
C. Réalisation d'un dépistage	216	74
D. Diagnostic d'un confrère	106	36
<i>Total</i>	<i>291</i>	<i>100</i>

On constate que plus de 90 % des MG ont mis au point un symptôme évocateur de cancer au cours des douze derniers mois. Ils sont aussi plus de 90 % à avoir prescrit un dépistage mais seulement 75 % à en avoir réalisé un eux-mêmes.

Ces résultats ne révèlent donc pas une grande disparité dans les pratiques de prévention. Le résultat le plus contrasté concerne le fait d'être informé du diagnostic d'un confrère sans demande préalable du généraliste : ils ne sont qu'environ un tiers à avoir connu cette situation au cours des douze derniers mois.

La proportion importante de médecins qui disent avoir **réalisé** (74%) ou **prescrit** (94%) un dépistage peut paraître élevée. Il faut rappeler que l'information fournie par cette question est relativement frustre puisqu'il suffit d'une occurrence pour qu'un médecin réponde "oui". Cependant, on peut s'interroger sur l'interprétation du terme "dépistage" : n'a-t-il pas été confondu avec "mise au point d'un signe d'appel"?

Lors de la **phase qualitative** de l'enquête, il a été demandé aux MG de préciser leur interprétation de ce terme. Il leur a été également demandé de préciser les termes "prescrire" et "réaliser" un dépistage.

- *Il apparaît, pour 14 MG, qu'il s'agit bel et bien de dépistage au sens strict du terme, c'est à dire : un examen réalisé sans qu'il y ait symptôme, conformément aux guidelines établis en matière de dépistage. Les examens cités sont l'examen clinique des seins chez les femmes, la mammographie chez les femmes de plus de 50 ans, le frottis cervicovaginal, le test Hemoccult, le PSA chez les hommes, la colonoscopie de dépistage, l'examen clinique de la peau.*
- *Deux MG cependant utilisent le terme "dépistage total" ou évoquent comme test de dépistage la colonoscopie pour rectorragie ou le contrôle d'une gastroscopie.*

Le terme "dépistage" semble donc bien parfois porter à confusion. Ceci est confirmé par le tableau 18 représentant les organes et systèmes cités par les 215 MG ayant répondu à la question ouverte de l'enquête extensive : "Pour quels types de cancers avez-vous réalisé un dépistage au cours des douze derniers mois?".

Tableau 18 : Fréquence des types de dépistages réalisés par les 215 MG (437 citations)

ORGANES OU SYSTEMES	Nombre de citations	n = 215 %
Syst. génital masculin	127	59
Sein	115	53
Syst. gynécologique	83	39
Syst. digestif	41	19
Peau	20	9
Poumons	15	7
Syst. urinaire	5	2
Hémato	5	2
Thyroïde	3	1.4
ORL	3	1.4
Système nerveux	1	0.5
Os	1	0.5
Tous, en général	3	1.4
Pas précisé	15	7

A ces confusions possibles sur le terme "dépistage" s'ajoute une autre possibilité de mauvaise interprétation entre "prescription" et "réalisation", mise en évidence par la deuxième phase de l'enquête :

- *La **prescription** d'un dépistage consiste généralement à "référer" l'acte (frottis cervicovaginal par exemple) à un centre spécialisé.*
- *La **réalisation** d'un dépistage consiste pour certains à faire, par exemple, un frottis cervicovaginal, un toucher rectal systématique chez les hommes de plus de 50 ans, mais d'autres y incluent, par exemple, la prescription d'une mammographie chez une patiente de plus de 50 ans.*

La limite entre prescription et réalisation d'un acte préventif n'a donc vraisemblablement pas été comprise de la même façon par les différents MG contactés.

3.3. Interventions en matière de traitement et de suivi des patients cancéreux

Une autre série de questions portent sur l'intervention du MG en matière de traitement et de suivi des patients cancéreux, toujours au cours des douze derniers mois. Les 10 MG qui n'ont aucun patient cancéreux sont écartés pour le calcul de ces résultats.

Voici les questions :

- A. *Etes-vous intervenu dans le cadre du soutien psychologique ou d'information ?*
- B. *Etes-vous intervenu dans le cadre du contrôle des effets secondaires ?*
- C. *Etes-vous intervenu dans le cadre des soins palliatifs ?*
- D. *Etes-vous intervenu d'une autre manière ?*

Tableau 19: Interventions en matière de suivi et de traitement des patients cancéreux (n=291)

TYPE INTERVENTION	n	%
B. Contrôle des effets secondaires	258	89
C. Soins palliatifs	214	73
D. Autres	117	40

Les principaux thèmes cités dans la catégorie "AUTRE" ont été regroupés de la manière suivante :

1. Interventions curatives et prise en charge des problèmes courants de médecine générale.
2. Traitement des cancers (par exemple, l'hormonothérapie) en cabinet ou à domicile.
3. Prévention à différents niveaux : individuel, professionnel ou familial.
4. Soutien psychologique et information de la famille du patient, de ses proches.
5. Suivi du traitement en cabinet ou à domicile, contrôle post-opératoire et prise en charge des complications.
6. Coordination des soins et renvoi du patient vers les hôpitaux, les spécialistes ou les équipes pluridisciplinaires.
7. Orientation du patient dans la démarche à suivre et dans le choix des traitements.
8. Soutien psychologique et information du patient.

Pour les 83 premières enquêtes, le premier item proposé concernait *le traitement* et était mal compris par les médecins. Par contre, ceux-ci citaient fréquemment le soutien psychologique et l'information dans la catégorie "autres interventions". Dans la suite des enquêtes, l'item "*soutien psychologique et information*" a donc été introduit parmi les propositions principales : il a alors été choisi dans la majorité des cas.

Vu la tendance importante à intervenir dans le cadre de **soutien psychologique** et **d'information** du patient, un complément d'information à ce sujet a été recherché dans la phase qualitative. Il a été demandé aux 16 MG contactés de préciser leur propre interprétation de ces deux termes.

✓ **Le suivi psychologique :**

- *Il s'agit d'une grosse responsabilité pour 9 MG, qui ont associé le terme de "suivi psychologique" à l'écoute, au temps, à la disponibilité et à la présence. D'autres parlent de consoler et de guider le patient et son entourage, et ce jusqu'au bout de la maladie s'il s'agit d'un malade chronique.*
- *Le suivi psychologique va de soi, dès qu'il y a anxiété de la part du patient et de son entourage. L'anxiété peut être générée par le fait de passer un examen préventif, d'attendre le diagnostic ou de recevoir un diagnostic. (5 MG)*
- *Quatre MG parlent de dépasser le symptôme somatique, d'explorer le vécu du patient ou de réaliser des entretiens réguliers en cas de dépression.*

✓ **L'information:**

- *Pour la plupart des MG interrogés, il s'agit d'explications : explication des possibilités et des limites du dépistage, du diagnostic; de l'évolution de la maladie, des décisions thérapeutiques.*
- *Deux MG parlent plutôt de conseils : comment vivre avec sa maladie, par exemple.*
- *Un MG pense que l'information consiste à reformuler l'information que le patient a reçue à l'hôpital ou chez le spécialiste.*
- *Le terme "information" se situe dans un contexte qui ne comprend plus d'anxiété, il s'agit "d'apporter la parole". Un MG souligne l'importance d'informer en choisissant bien ses mots de façon à ne pas générer une anxiété inutile.*
- *Un MG pense que les deux termes sont complémentaires : suivi psychologique en assurant une présence permettant la possibilité d'établir une discussion dans le but d'informer.*

Ainsi, suivi psychologique et information sont souvent liés voire complémentaires dans l'esprit des MG. Selon les cas, l'information semble une condition du suivi psychologique ou inversement.

Il semble cependant que l'interprétation que font les MG du terme "suivi psychologique" se situe plutôt dans un contexte d'anxiété chez le patient avec un engagement de la part du MG, particulièrement en temps. L'information se situe plus au niveau d'une explication claire ou de conseils, en l'absence de cette dimension "anxiété".

3.4. Thèmes préventifs abordés par les MG avec leurs patients

Une série de questions portaient sur les thèmes en relation avec la prévention du cancer abordés par les MG auprès de leurs patients. Quatre modalités de réponses étaient proposées:

- ils n'abordent *jamais* ce thème,
- ils l'abordent à la *demande du patient*,
- ils l'abordent dans des *situations évocatrices* (présence de symptômes, d'une pathologie cancéreuse ou d'une situation à risque);
- ils l'abordent *systématiquement* (au moins auprès de 90% des patients).

Afin de faciliter l'analyse statistique, nous avons simplifié chacune des variables (une par thème) en les rendant trichotomiques et ordinaires. Ainsi, on a choisi de coupler les deux situations intermédiaires (demande du patient et situation évocatrice) pour les comparer aux deux positions extrêmes (jamais et systématiquement).

Tableau 20 : Répartition des circonstances dans lesquelles les MG abordent divers thèmes liés à la prévention du cancer

THEMES ABORDES	1 JAMAIS %	2 DEMANDE / SITUATION EVOCTARICE %	3 SYSTEMATIQUE %	n
Tabac	1	39	60	300
Prédispositions familiales	2	41	57	300
Alcool	4	60	36	300
Soleil / ultraviolets	7	61	32	299
Alimentation	7	74	19	300
Infections	19	66	15	299
Environnement / pollution	20	71	9	300

Les différents thèmes présentés dans le tableau sont classés par fréquence décroissante : plus la fréquence est élevée dans la colonne "jamais", moins le thème est abordé avec les patients. Les plus fréquents sont donc le tabac, les prédispositions familiales et l'alcool; puis viennent le soleil et l'alimentation et enfin, les infections et la pollution.

D'autres thèmes ont été librement cités par les MG comme étant abordés dans le cadre de la prévention du cancer. On a ainsi enregistré 29 réponses sous la rubrique "autres". Six d'entre elles concernaient le cadre professionnel et ont été, de ce fait, réaffectées au facteur "environnement". Cinq réponses ont été annulées, car elles ne concernaient pas la question posée. Les situations évoquées dans le reste des cas semblent peu pertinentes. Il s'agit de: "risques liés aux cancers gynécologiques et masculins", "hypertension" "dépistage", "hygiène de vie" et "cancérophobie"

Une interprétation de ces résultats est plus facile si on considère que les trois modalités de réponses sont ordinaires :

- *Jamais = 1*
- *A la demande du patient ou dans des situations évocatrices = 2*
- *Systématiquement = 3*

Tableau 21 :Classement des circonstances dans lesquelles les MG abordent divers thèmes liés à la prévention des cancers

THEMES ABORDES	PERC.25	MEDIANE	PERC.75	SCORE MOYEN
Tabac	2	3	3	2.59
Prédispositions familiales	2	3	3	2.56
Alcool	2	2	3	2.32
Soleil / ultraviolets	2	2	3	2.24
Alimentation	2	2	2	2.12
Infections	2	2	2	1.95
Environnement / pollution	2	2	2	1.89

Dans ce tableau, les nombres en gras indiquent les médianes. On a par ailleurs attribué un score à chaque item en donnant une valeur de 1 à 3 aux trois possibilités de réponses qui se situent sur une échelle. La dernière colonne reprend la moyenne des scores ainsi calculés.

Le tabac et les prédispositions familiales recueillent le même profil de réponses. Ces thèmes sont abordés de manière systématique respectivement par **60% et 57%** des médecins. Ils sont abordés en présence de demandes et/ou de situations évocatrices respectivement par 39% et 41% d'entre eux.

Alcool et rayons ultraviolets sont abordés de manière systématique par environ un tiers des médecins. Un examen plus détaillé de la position intermédiaire (2) permet toutefois de constater une différence entre ces deux thèmes :

- 46% des MG abordent l'alcool dans des situations évocatrices, 8 % à la demande du patient et 6% dans les deux cas.
- 38% abordent les UV dans des situations évocatrices, 18% à la demande du patient et 5% dans les deux cas.

Le thème de l'**alimentation** présente un profil particulier : moins d'un cinquième des médecins l'abordent systématiquement. Par contre, en précisant à nouveau la position intermédiaire (2), c'est le thème qui recueille le plus haut taux d'intervention en présence de situations évocatrices (49 %) et un taux presque égal aux UV à la demande du patient (17%).

Les agents environnementaux et infectieux sont les thèmes dont les médecins parlent le moins à leurs patients : respectivement 9% et 15% d'entre eux en parlent systématiquement. Si on détaille la position 2, un tiers des médecins abordent le thème des facteurs environnementaux uniquement sur base de la demande des patients, et moins de deux médecins sur 10 le font pour les agents infectieux.

Certains résultats ont été approfondis lors de l'analyse qualitative, notamment la disparité des interventions portant sur le tabac et l'alcool mais aussi les réponses concernant les thèmes de l'alimentation et de l'environnement.

Il a donc été demandé aux 16 MG questionnés de se positionner par rapport à ces résultats ou d'en donner l'explication qui leur paraît la plus plausible.

✓Le tabac :

Vu la proportion élevée (60%) de MG qui abordent le thème du tabac de façon systématique avec leurs patients, nous avons demandé aux 16 MG s'ils liaient ce résultat à la présence de ce thème dans l'anamnèse systématique lors de l'ouverture du dossier médical ou s'ils y voyaient d'autres explications.

- *Deux MG pensent que ceci s'explique en effet par l'anamnèse systématique.*
- *Quatre MG pensent que cette explication est plausible, mais ne suffit pas.*
- *L'ouverture du dossier médical n'est qu'un acte administratif et aborder le thème du tabac relève plutôt d'une réflexion sur le contenu du dossier. (3 MG)*

Les autres explications et réactions avancées sont les suivantes :

- *Ce thème est plutôt abordé quand le MG connaît mieux le patient ou lors de moments privilégiés : la répétition d'épisodes de bronchite ou l'odeur de tabac sur les vêtements. (10 MG)*
- *Un MG pense que ce thème est abordé au moins une fois avec tout patient au cours d'une carrière de médecin et que la proportion devrait être de 100%.*
- *Les campagnes médiatiques antitabac facilitent grandement l'abord du tabac avec les patients. (3 MG)*
- *La sensibilisation du MG à la prévention est un facteur influençant le fait d'aborder certains thèmes avec les patients.*

✓L'alcool :

Le thème de l'alcool est abordé de façon systématique par beaucoup moins de médecins que le thème du tabac. Aussi, nous avons demandé aux MG ce qu'ils pensent de cette différence.

Leurs réactions ont été les suivantes :

- *L'alcool est un sujet "tabou" aussi bien pour les MG que pour les patients. (8 MG). Complémentairement, un MG pense que la consommation d'alcool est plus banalisée que celle du tabac, que ce soit chez les patients ou chez le MG. On l'aborde donc moins facilement.*
- *L'alcoolisme est beaucoup plus caché, plus nié par le patient et provoque une culpabilisation plus grande. (6 MG)*
- *Le danger lié à l'alcool est moins tangible (2 MG), le rapport entre l'alcool et le cancer est plus faible ou moins conscient dans l'esprit du patient et du MG. (2 MG)*

✓L'alimentation :

Nous avons demandé aux MG de se positionner par rapport au fait que moins d'un MG sur 5 aborde ce thème de façon systématique.

Cinq d'entre eux ont été étonnés, car ils l'abordent de façon systématique.

Les autres pensent que

- *Le rapport entre alimentation et santé n'est pas perçu par les patients.*
- *Le rapport entre alimentation et cancer reste moins évident, voire même controversé.*
- *Les habitudes alimentaires sont difficiles à modifier. Dès lors, on attend un signe d'appel pour aborder le sujet.*

✓L'environnement :

L'environnement est abordé de manière systématique par moins d'un dixième des médecins.

Les réactions des MG interrogés à ce sujet sont les suivantes :

- *Une action sur l'environnement est une cause perdue d'avance, certains en soulignent même le caractère immuable.*
- *Un des médecins pense que la responsabilité de l'environnement repose sur les épaules des universités, qui devraient influencer les responsables politiques.*
- *L'environnement n'est probablement pas le facteur le plus important à aborder.*
- *Il ne faudrait pas que le patient cherche un alibi dans l'environnement à un problème de santé lié à son comportement individuel (alcool, tabac...).*
- *Trois MG pensent qu'ils ne disposent pas de suffisamment d'informations sur le sujet.*

✓Remarques :

Certains MG soulignent qu'il s'agit d'abord et avant tout de sensibiliser les MG à l'importance de l'approche prophylactique dans l'exercice de leur pratique quotidienne, et ce, quel que soit le thème préventif que l'on souhaite aborder.

Nous avons alors demandé aux MG s'ils estimaient qu'avant d'aborder systématiquement les thèmes de l'environnement et de l'alimentation avec les patients, il était nécessaire d'avoir plus d'information ou de formation.

- *Trois MG ont répondu négativement, soulignant que l'information existe et qu'il faut aller la chercher quand c'est nécessaire.*
- *Les autres MG sont plutôt demandeurs d'information ou de formation, deux d'entre eux estimant que le cursus médical de base n'aborde pas ces thèmes. Pour certains, une formation permettrait "d'être sûr de ce qu'on avance" et d'éviter d'induire peur ou culpabilité chez les patients (exemple: ne plus oser faire de potager parce que le voisin pulvérise le sien).*

3.5. Accompagnement des patients pour la réduction des risques

L'accompagnement des patients dans leurs tentatives de modification des comportements et modes de vie est un facteur intéressant afin d'évaluer l'implication des MG dans des pratiques de prévention qui vont au-delà d'une information.

Tableau 22 : Accompagnement des patients dans leurs tentatives de modification de comportements. (n = 301)

DOMAINE	ACCOMPAGNEMENT	
	NON	OUI
Tabac	7 %	93 %
Alcool	16 %	84 %
Autres modes de vie	12 %	88 %

Le terme "autre mode de vie" concerne les comportements à risque, autres que le tabac et l'alcool, que l'individu adopte quotidiennement. En pratique, cela concerne surtout l'alimentation, mais cela pourrait porter aussi sur l'activité physique, le stress, le sommeil, etc.

Ce premier tableau permet de mettre en évidence une tendance générale, quel que soit le comportement concerné : une majorité de 84 à 93 % des répondants déclarent accompagner leurs patients dans leur tentative de modification de modes de vie.

3.6. Perspectives de pratique en matière de cancer

Afin de s'assurer de l'intérêt d'organiser des formations en matière de cancer et de prévention, il a été demandé aux MG d'évaluer dans quelle mesure ils souhaitaient développer ou diminuer certains types d'activités en relation avec le cancer au cours des deux années à venir.

Tableau 23 : Perspectives de pratique en matière de cancer (n=301)

TYPES D'ACTIVITES FUTURES	MOINS OU AUTANT		PLUS
	%	%	
A. Prévention primaire	37	63	
B. Dépistage	40	60	
C. Soins palliatifs	50	50	
D. Participation active au traitement	56	44	

Entre 44 et 63 % des MG selon les cas souhaitent développer ces activités. Au total, c'est sur la prévention primaire et le dépistage que portent le plus de souhaits de développement. La prise en charge des soins palliatifs et la participation au traitement viennent ensuite.

Lors de l'enquête qualitative, il a été demandé aux MG de se positionner tout en nous faisant part de leurs réflexions à propos de ces résultats.

Quatre MG ont déclaré qu'ils n'envisageaient pas de développer certaines activités en relation avec le cancer. Les raisons invoquées sont :

- *le problème de l'investissement en temps pour faire de la prévention en pratique de médecine générale. (2 MG)*
- *l'existence de centres spécialisés où référer les patients (2MG).*

Quatorze autres MG avaient exprimé, à l'inverse, le souhait d'étendre ce type d'activités. Leur réflexions sont les suivantes :

- *Deux MG pratiquent déjà ce type d'examen et désirent augmenter cette activité.*
- *Cinq MG envisagent de réaliser les frottis cervicovaginaux et sont particulièrement intéressés en raison de la facilité apportée par les nouvelles techniques de conservation de ces frottis. Un MG envisage d'ailleurs de suivre une formation à ce sujet.*
- *Trois MG envisagent de pratiquer cette activité en accord avec les guidelines établis en matière de dépistage et mettent sur pied un échéancier pour les examens préventifs de leurs patients.*
- *Un MG déplore l'absence de vrai consensus permettant de répondre clairement aux demandes des patients. (tranche d'âge requise pour la mammographie par exemple).*

A partir des 4 questions sur les perspectives des répondants en matière de pratique médicale liée au cancer, nous avons construit une variable représentant la variété des activités qu'ils souhaitent développer davantage (entre 0 et 4).

Le tableau ci-dessous présente une synthèse du nombre d'axes d'activités que les MG souhaitent développer.

Tableau 24 : Répartition des MG selon le nombre d'axes qu'ils envisagent de développer (n=301)

NOMBRE DE PRATIQUES A DEVELOPPER	%
Quatre pratiques	25
Trois pratiques	18
Deux pratiques	24
Une pratique	15
Aucune	18

On constate que 42 % des médecins de l'échantillon souhaitent un développement de leurs pratiques sur au moins trois axes, ce qui reflète une augmentation globale de l'engagement par rapport à la problématique des cancers. Par ailleurs, les souhaits de modification des pratiques concernent le plus souvent le dépistage et la prévention primaire en association : 52% des MG de l'échantillon souhaitent développer ces deux points.

Un aperçu des 23 réponses à l'item "autres" fournit un éclairage intéressant sur les attentes des MG en matière de prévention ou de suivi des cancers. On peut regrouper les réponses autour de deux axes.

- **Un axe " Psychologie " (14 cas)** : plusieurs MG ont fait part de leurs lacunes en écoute préventive, en soutien psychologique auprès du patient et de sa famille. Ils souhaiteraient développer ces activités mais manquent de formation pour ça. Certains proposent aussi de mettre au point des groupes de discussion sur ce problème (entre MG, voire avec des patients).
- **Un axe " Pluridisciplinarité " (9 cas)** : plusieurs MG ont souligné le manque de coordination entre eux et les spécialistes, certains voudraient aussi développer leur participation à des réunions de médecins.

3.7. Lien entre interventions préventives, sexe, âge et type de pratique médicale.

3.7.1. Sexe

Les analyses bivariées réalisées à partir de la variable "sexe" ne sont pas présentées. En effet, le sexe est relié à l'âge (les femmes sont les plus jeunes). L'âge et le sexe sont reliés à l'expérience et au type de pratique. Les interactions entre ces variables rendent difficile une interprétation nuancée de ces analyses.

3.7.2. Type de pratique en médecine générale et variété des interventions préventives

Seule la variable combinant les deux caractéristiques de pratique médicale (seul ou à plusieurs/organisme préventif ou non) est statistiquement liée à la variété des interventions préventives réalisées au cours des douze derniers mois.

Tableau 25 : Variété des interventions préventives en fonction du type de pratique (n = 301)

TYPE DE PRATIQUE	NOMBRE D'ACTES PREVENTIFS		TOTAL
	MOINS DE 3	3 OU PLUS	
"ISOLE" (n=177)	29 %	71 %	100 %
"COLLECTIF" (n=124)	19 %	81 %	100 %

Les répondants qui pratiquent la médecine générale de manière plus "isolée" ont tendance à avoir réalisé une moindre variété d'actes préventifs (au cours des douze derniers mois) que ceux qui travaillent à plusieurs ou qui font partie d'une structure préventive (p-valeur du Chi-carré : 0.049). Ainsi, près d'un généraliste "isolé" sur trois a réalisé moins de 3 types d'actes préventifs parmi les quatre proposés lors de l'enquête. Par contre, plus de 80 % des médecins qui travaillent de manière collective en ont réalisé 3 ou plus

Ici, à nouveau, la variable "âge" pourrait être confondante, les MG "isolés" étant plus souvent plus âgés que les MG de pratique "collective".

3.7.3. Types d'interventions préventives, âge et ancienneté

L'âge est significativement lié au fait d'avoir prescrit un dépistage au moins au cours des douze derniers mois : l'âge moyen des médecins ayant prescrit un dépistage est plus bas.

Tableau 26 : Moyennes d'âge pour les diverses interventions préventives

TYPE INTERVENTION	OUI	NON	P-valeur du Test -T
Symptôme évocateur	47 ans	43 ans	NS
Prescription d'un dépistage	46 ans	52 ans	0.020
Réalisation d'un dépistage	46 ans	48 ans	NS
Diagnostic d'un confrère	47 ans	46 ans	NS

Le nombre d'années d'ancienneté permet également de décrire des différences significatives dans la diversité des interventions en matière de prévention du cancer. La variable reprenant le nombre d'actes préventifs (entre 0 et 4) varie, en effet, en fonction inverse de l'ancienneté du généraliste (p-valeur du Chi-carré : 0.009).

3.7.4. Perspectives de pratique, âge et ancienneté

Pour les quatre questions portant sur les activités à développer ou non au cours des deux prochaines années, la comparaison de l'âge moyen de ceux qui répondent "plus" et de l'âge moyen de ceux qui répondent "moins ou autant" révèle que les répondants qui veulent développer leurs activités (quel que soit le domaine) sont en moyenne de 4 à 5 ans plus jeunes que ceux qui décident de poursuivre ces activités sur le même rythme, voire d'en faire moins.

Tableau 27: Age moyen des MG en fonction de leurs perspectives pour les quatre types d'activités (n = 301)

ACTIVITES	moins/autant	plus	P-valeur
A. Prévention primaire	49 ans	44 ans	0.0001
B. Dépistage	49 ans	44 ans	0.0001
C. Participation active au traitement	48 ans	44 ans	0.0016
D. Soins palliatifs	48 ans	44 ans	0.0048

La variété des axes d'activités liées au cancer (sur les quatre proposées) qu'un médecin souhaite développer dans les deux prochaines années est liée à son ancienneté (p-valeur du Chi-carré : 0.033). Alors que plus de la moitié des médecins les moins expérimentés souhaitent développer trois ou quatre axes d'activités liées au cancer dans les deux ans, seulement 38 % des plus expérimentés ont exprimé cette perspective. Il semble logique que les médecins les plus jeunes soient ceux qui sont prêts à développer ces activités, les plus âgés ayant plutôt le souhait de réduire progressivement leur pratique de manière générale.

Tableau 28 : Variété des activités à développer en fonction de l'ancienneté (n = 301)

ANCIENNETE	NOMBRE D'ACTIVITES A DEVELOPPER		TOTAL
	MOINS DE 3	3 OU PLUS	
MOINS DE 15 ANS (n=123)	48 %	52 %	100 %
PLUS DE 15 ANS (n=178)	62 %	38 %	100 %

D'autre part, le nombre d'axes d'activités que les répondants souhaitent développer dans les deux ans varie en fonction de leur pratique de la médecine générale (p-valeur du Chi-carré : 0.015).

Tableau 29 : Variété des activités à développer en fonction du type de pratique (n = 301)

TYPE DE PRATIQUE	NOMBRE D'ACTIVITES A DEVELOPPER				TOTAL
	0 OU 1	2	3	4	
"ISOLE" (n=177)	39 %	20 %	15 %	26%	100 %
"COLLECTIF" (n=124)	24 %	30 %	23 %	23 %	100 %

On remarquera surtout la proportion plus importante de MG "isolés" qui ont l'intention de développer peu d'activités (0 ou 1) durant les deux prochaines années.

4. FORMATION ET INFORMATION DES MEDECINS GENERALISTES.

Il est intéressant, avant de proposer des formations au MG de savoir s'ils ont déjà suivi des formations, de quel type et pour quel type d'accompagnement du patient.

D'autre part, connaître les sources d'informations qu'ils perçoivent comme étant les plus utiles et les plus crédibles permettra d'utiliser celles-ci de manière préférentielle.

4.1. Accompagnement et formations

4.1.1. Importance

Une série de questions portent sur l'accompagnement par les MG de leurs patients et sur leur formation dans les domaines suivants :

- A. Le sevrage tabagique
- B. Le sevrage alcoolique
- C. Les modifications d'autres modes de vie (comportement alimentaire...)

Tableau 30 : Accompagnement et formations dans trois domaines liés au cancer

DOMAINE	ACCOMPAGNEMENT		FORMATION	
	NON	OUI	OUI	NON
Tabac	7 %	93 %	11 %	89 %
Alcool	16 %	84 %	13 %	87 %
Autres modes de vie	12 %	88 %	14 %	86 %

Si une majorité de MG accompagnent leurs patients dans leur tentative de modification de modes de vie, une minorité de 11%, 13% et 14% déclarent avoir suivi une formation spécifique respectivement dans les domaines du tabac, de l'alcool et des autres modes de vie.

Tableau 31 : Répartition des MG en fonction du nombre de domaines concernés par les formations suivies (n=301)

FORMATION	%
Trois domaines	4
Deux domaines	7
Tabac - Alcool (4%)	
Tabac - Autre mode de vie (1%)	
Alcool - Autre mode de vie (2%)	
Un seul domaine	13
Tabac (3%)	
Alcool (4%)	
Mode de vie (6%)	
Aucun domaine	76

Au total, **trois quarts** de l'échantillon (230 MG) n'ont participé à **aucune formation** spécifique pour l'accompagnement du patient dans ces domaines tandis que 24 % de l'échantillon (72 MG) déclarent avoir une formation pour aborder au moins un de ces trois domaines.

Dans ce sous-groupe de 72 MG, un MG sur six se déclare formé pour aborder les trois problématiques et plus d'un médecin sur deux n'ont de formation que dans un seul des trois domaines proposés.

4.1.2. Modalités de la formation

L'étude des types de formations suivies par les MG permet d'évaluer leurs préférences en cette matière, mais aussi de savoir ce qu'ils entendent par le terme "formation".

Cinq catégories ont été construites pour regrouper les réponses concernant les modalités de ces formations, abordées par une question ouverte.

- A. Séminaires, conférences, colloques, recyclage, ... càd formations de courte durée.
- B. Groupes de médecins (Dodécagroupes, Glems, Balint), SSMG, CUMG.
- C. Autodidacte (cassettes, livres, brochures).
- D. Formations spécialisées de plus longue durée, par exemples : psychologie, thérapie comportementale, acupuncture, nutrition, toxicologie, homéopathie, mésothérapie...
- E. Autres : formations mal définies et réponses inclassables.

Tableau 32 : Type de formation par domaine (en nombres absolus)

FORMATION	A (séminaires)	B (Gpes)	C (autodidactes)	D (longue durée)	E (autres)
Tabac (35 médecins)	10	13	0	9	3
Alcool (40 médecins)	9	14	1	8	8
Mode de vie (41 médecins)	11	6	1	21	2
Les trois thématisques confondues (71 médecins)	19	19	2	28	10

Le total des nombres de la dernière ligne dépasse le nombre de médecins concernés par cette question, car les types de formation ne sont pas exclusifs; un médecin peut avoir suivi plusieurs types de formations, appliquées notamment à des domaines différents.

Les formations de longue durée ne sont citées que 28 fois par les 72 MG et concernent particulièrement les modifications de mode de vie. Par contre, les formations telles que séminaires et discussions de groupe concernent plutôt les thèmes du tabac et de l'alcool.

4.2. Information des MG en matière de cancer

S'il est important que les MG soutiennent leurs patients à différentes étapes du traitement ou de la prévention des cancers, il paraît nécessaire de savoir s'ils se sentent suffisamment informés pour ce faire.

Une deuxième partie évoquera les sources d'information que les MG perçoivent comme étant les plus crédibles.

4.2.1. Niveau d'information sur les différentes interventions

Une première série de questions demandent aux MG d'évaluer leur niveau personnel d'information par rapport à des types de traitements ou d'interventions.

L'échelle proposée pour répondre va de 1 (pas assez d'information) à 3 (le MG possède assez d'information pour prendre en charge lui-même ce type de traitement). Elle a été considérée comme ordinaire.

Tableau 33 : Information sur les différents traitements (n = 301)

TRAITEMENTS	1 PAS ASSEZ D'INFO %	2 ASSEZ D'INFO POUR LE SUIVI %	3 ASSEZ D'INFO POUR PRISE EN CHARGE %	4 SCORE MOYEN DE L'ITEM
Chimiothérapie	54	44	2	1.48
Radiothérapie	48	51	1	1.52
Chirurgie	26	73	1	1.75
Hormonothérapie	36	49	15	1.79
Contrôle des effets secondaires	18	34	48	2.30
Suivi du deuil	12	13	75	2.63
Traitement de la douleur	6	17	77	2.68
Soutien psychologique	9	14	77	2.72

Le questionnaire ne prévoit pas de réponse "assez d'information pour la prise en charge" pour les 3 premiers items, dans la mesure où les MG ne prennent généralement pas en charge la chirurgie, l'hormonothérapie et la radiothérapie de leurs patients cancéreux. Quelques MG ont pourtant répondu à cet item, sans apporter d'explication à ces réponses non prévues.

Dans ce tableau, les nombres en gras indiquent les médianes. On a par ailleurs attribué un score à chaque item en donnant une valeur de 1 à 3 aux trois possibilités de réponse, qui se situent sur une échelle croissante. La dernière colonne reprend la moyenne des scores ainsi calculés.

A la question ouverte : *"Voyez-vous un autre traitement pour lequel vous voudriez souligner votre degré d'information ?"*, ceux qui déclarent avoir suffisamment d'information pour la prise en charge (6 MG) citent les soins palliatifs (4 MG), l'homéopathie (1 MG) et la psychothérapie (1 MG).

Ceux qui déclarent ne pas avoir suffisamment d'informations (6 MG) citent l'immunothérapie, le traitement de la leucémie, la cryothérapie, les médecines parallèles, le coût du traitement et les choix thérapeutiques.

Concernant les informations pour assurer un suivi, 3 MG déclarent en avoir suffisamment en matière d'immunothérapie et pour établir des liens avec l'équipe multidisciplinaire.

Une majorité de MG déclarent avoir assez d'informations pour prendre en charge le **traitement de la douleur, le soutien psychologique et le suivi du deuil**.

Un manque d'information touche la **chimiothérapie**, et dans une moindre mesure, la **radiothérapie** : la moitié des MG environ estiment de pas avoir suffisamment d'information à ce sujet. Les répondants se sentent aussi moins à l'aise avec le **contrôle des effets secondaires** : un sur cinq estime ne pas avoir suffisamment d'information de manière générale et la moitié disent ne pas en savoir assez pour la prise en charge.

La possibilité d'un biais doit cependant être relevée pour cette question, bien qu'il soit difficile à estimer : il semblerait que les MG n'aient pas tous compris la question dans le même sens. Alors que certains évaluaient leur degré d'information par rapport aux traitements proposés (objectif de la question), d'autres auraient décrit leur pratique réelle vis-à-vis de ces traitements.

Par ailleurs la nuance entre assurer le suivi et assurer la prise en charge est parfois difficile à cerner. Dans la phase qualitative de cette enquête, les MG ont été interrogés à propos de leur définition du terme "suivi" par rapport à "prise en charge" d'un traitement.

- *Le suivi consiste en un contrôle des effets secondaires du traitement (3 MG), des résultats d'analyse (2 MG) ou en une mise au point de problèmes annexes. Pour 4 MG, la prise en charge consiste en une implication directe dans le traitement.*
- *Le suivi est un acte plutôt **passif** (prescription machinale) qui consiste à suivre l'avis du spécialiste, La prise en charge étant un acte plus **actif** qui permet de confronter prescription et résultats. (2 MG)*
- *Un MG qualifie le suivi de "ce qu'on laisse au MG". Trois MG estiment que la prise en charge dépend de la place que laisse le centre de cancérologie au MG.*
- *Deux MG situent la prise en charge uniquement au niveau des soins palliatifs.*
- *Deux MG situent le suivi en dehors du milieu hospitalier et la prise en charge du traitement plutôt en milieu spécialisé.*

Ainsi, les réactions à cette question sont nombreuses et concernent principalement la communication entre le MG et le centre spécialisé :

- *Certains soulignent le manque d'information en ce qui concerne le protocole du traitement, le rapport difficile entre le MG et le spécialiste. Un MG parle de "phagocytose" du patient par l'équipe spécialisée.*
- *Un MG, par contre, décrit la bonne communication qui existe avec certaines équipes spécialisées, comprenant l'organisation de réunions multidisciplinaires en présence du MG du patient concerné.*

Lors de la partie qualitative, nous avons aussi demandé aux MG de nous expliquer à quoi correspond concrètement le terme "suivi du deuil" dans leur pratique.

- *Tous les MG ont évoqué le fait de revoir la famille après le décès d'un patient ou d'écouter le patient qui a subi une perte. Les termes utilisés par les MG sont : "la disponibilité", "l'empathie", "le soutien", "l'aide à maîtriser un événement", "le maintien d'une porte ouverte".*
- *Certains ont souligné le fait que la perte peut être due à autre chose qu'un décès et que le patient doit aussi pouvoir faire son deuil d'une présence, de valeurs ou de sa santé.*
- *Deux MG ont soulevé le problème de la difficulté de soutenir la famille d'un patient décédé quand on n'est pas le MG de toute la famille.*

- La plupart des cas de suivi de deuil sont des deuils "normaux". Les deuils pathologiques sont rares et dans ces cas, les MG réfèrent ces patients à un spécialiste psychiatre ou psychothérapeute.

Le terme "suivi du deuil" semble correspondre à suivre tous les deuils que le patient peut subir ou le deuil du patient par son entourage. Les MG disent y accorder une grande attention. Ils soutiennent un deuil "normal", en en respectant les différentes étapes et réfèrent les cas difficiles à un spécialiste.

4.2.2. Utilité des sources d'information

Une deuxième série de questions ont porté sur le degré d'utilité de différentes modalités d'information en matière de cancer.

Tableau 34 : Evaluation de l'utilité des différentes modalités d'information

SOURCES D'INFORMATION	1 PAS DU TOUT UTILE %	2 PEU UTILE %	3 ASSEZ UTILE %	4 TRES UTILE %	SCORE MOYEN
Contacts avec spécialistes (n = 301)	1	9	35	55	3.44
Groupes de médecins (n = 299)	3	12	33	52	3.34
Séminaires, ateliers,... (n = 301)	5	10	49	36	3.16
Revues médicales (n = 300)	3	23	51	23	2.93
Livres spécialisés(n = 298)	12	41	31	16	2.51
Internet (n = 251)	29	27	30	14	2.29
Documents "grand public" (n = 301)	38	44	14	4	1.83

Dans ce tableau, les nombres en gras représentent les médianes. On a par ailleurs attribué un score à chaque item en donnant une valeur de 1 à 4 aux quatre possibilités de réponse, qui se situent sur une échelle croissante. La dernière colonne reprend la moyenne des scores ainsi calculés.

On constate que les sources d'informations les plus utiles aux yeux des médecins généralistes interrogés sont les contacts avec les spécialistes et les divers groupes de médecins (plus de la moitié des MG les estiment "très utiles"), suivis par les séminaires et ateliers divers (jugés "assez utiles" ou "très utiles" par la moitié de l'échantillon).

Il faut souligner le nombre important de **non-réponses** à la question concernant **Internet** (près de 20 %). Cela rend les résultats de cette question peu comparables aux autres. Mais surtout, ces valeurs manquantes ne sont pas le reflet exact du fait d'avoir ou pas accès à Internet : un nombre non estimé de MG ont répondu à la question bien qu'ils n'aient pas accès à ce média.

A la question ouverte "*Voyez-vous d'autres sources d'information ?*", 20 médecins ont donné les réponses suivantes :

- Les médias divers sont considérés comme pas du tout utiles ou peu utiles par 3 MG. Par contre, 6 MG les considèrent comme assez utiles ou très utiles.
- Les autres sources d'informations considérées comme assez utiles ou très utiles sont les délégués médicaux et les firmes pharmaceutiques pour 5 MG, les formations spécialisées par 4 MG et les groupes de patients pour 2 MG.

C. CONCLUSIONS

OBJET DE L'ETUDE

Pour adapter les services qu'elle offre aux besoins des médecins généralistes, la FBCC avait besoin d'informations précises concernant leurs pratiques et attentes en matière de cancer. La présente enquête a pour objet de répondre à cette attente.

PARTICIPANTS

La première étape de l'enquête a porté sur 435 MG. Parmi ceux-ci, 132 ont refusé de participer, sans que nous ayons eu la possibilité de déterminer leurs caractéristiques ou les raisons de ce refus. In fine, la taille de l'échantillon s'est établi à 301 individus, correspondant à un taux de réponse de 69.5 %.

La répartition des répondants par âge et par sexe montre une proportion plus importante de femmes dans les tranches d'âge les plus jeunes. En matière de pratique, les MG les plus âgés pratiquent plus souvent de façon isolée et les plus jeunes de façon collective, c'est à dire en équipe et/ou en participant aux activités d'organismes à vocation préventive.

PRINCIPAUX RESULTATS

Les omnipraticiens se sentent impliqués par rapport à la problématique du cancer...

L'enquête montre que les omnipraticiens sont confrontés relativement fréquemment à des patients cancéreux (entre 1 et 30 cas par an avec un mode de 1 à 10 cas) et qu'ils se sentent concernés par la problématique du cancer. Ainsi, une grande majorité (plus de 90 % d'entre eux) réalisent ou prescrivent un dépistage ou mettent au point des symptômes évocateurs. Si l'enquête qualitative a montré que tous ces termes avaient parfois pu être mal interprétés lors de l'interview téléphonique, il en ressort malgré tout un grand intérêt du MG pour ces pratiques.

De plus un pourcentage important d'entre eux (surtout chez les plus jeunes) souhaitent accroître leur investissement personnel dans la prévention de cette problématique. Leur implication en faveur du dépistage est importante, de même que pour le contrôle des effets secondaires chez les patients.

Suivi psychologique et information des malades font partie intégrante de leur accompagnement. Et ils se sentent suffisamment informés pour prendre en charge (de façon active) le suivi du deuil, le traitement de la douleur et le soutien psychologique. Ils abordent facilement et de façon systématique les thèmes en relation avec le cancer lorsqu'ils peuvent être soutenus par une information scientifique claire et utilisable, ainsi que par des campagnes médiatiques (tabac).

... mais les résultats pointent plusieurs manquements tant en matière d'information que de formation ...

La nature ou l'opportunité des différents examens de dépistage cités indique des lacunes en termes de connaissances. Par ailleurs, des besoins d'information sont manifestes en matière de traitements spécifiques du cancer.

Les MG se sentent souvent démunis par rapport à une prise en charge de traitements "pointus" tels que chimiothérapie, radiothérapie et chirurgie.

Leurs attentes à ce niveau consistent surtout à recevoir une information venant des équipes spécialisées. Ils ne revendiquent pas une prise en charge de ces types de traitements en médecine générale, mais déplorent le manque de communication qui leur fait perdre le contact avec leur patient et avec son traitement.

En matière d'information préventive, lorsque le thème est relativement difficile (alcool) ou si l'information reçue à ce sujet ne leur paraît pas suffisante, les MG ne l'abordent qu'à la demande du patient ou à l'occasion de situations évocatrices. Ils n'hésitent pas à accompagner le patient dans des modifications de mode de vie en rapport avec le cancer, mais une grosse majorité d'entre eux n'ont pas suivi de formation spécifique pour ce faire. Ainsi, la bonne volonté évidente des généralistes en matière d'accompagnement psychologique ou de changement de comportements n'a d'égale que leur absence de formation spécifique en ces matières.

... prouvant que des améliorations seraient souhaitables et réalisables.

La FBCC pourrait donc à la fois s'investir dans une offre d'informations ciblées (examens de dépistage utiles, traitements) et de formations pointues (aide au sevrage, à l'accompagnement dans la réflexion sur le style de vie, communication, soutien psychologique).

Cette enquête renseigne également les canaux d'information privilégiés pour atteindre les médecins généralistes (contacts directs avec un spécialiste, groupes de médecins et, dans une moindre mesure, séminaires et ateliers, ainsi que revues médicales).

D. TABLE DES TABLEAUX

Liste des tableaux	Pages
Tableau 1 : Répartition des répondants par rang dans l'échantillonnage	7
Tableau 2 : Répartition des répondants en fonction du nombre de contacts nécessaires	7
Tableau 3 : Répartition des cas non pertinents, des refus et des échecs de contact	8
Tableau 4 : Répartition des répondants par province	9
Tableau 5 : Répartition des répondants par sexe	10
Tableau 6 : Répartition des répondants par classe d'âge	10
Tableau 7 : Répartition par nombre d'années d'ancienneté en MG	11
Tableau 8 : Répartition par type de pratique en MG	11
Tableau 9 : Répartition des MG en fonction de leur participation aux activités d'organismes à vocation préventive	12
Tableau 10 : Répartition des organismes à vocation préventive où exercent les MG	12
Tableau 11 : Répartition de l'ancienneté en MG en fonction du sexe	13
Tableau 12 : Faire partie d'un organisme préventif en fonction du type de pratique	14
Tableau 13 : Type de pratique médicale en fonction du sexe	14
Tableau 14 : Travailler seul ou à plusieurs en fonction du sexe	15
Tableau 15 : Type de pratique médicale en fonction de l'ancienneté	15
Tableau 16 : Nombre de patients cancéreux par MG au cours des douze derniers mois	16
Tableau 17 : Types d'interventions préventives réalisées par les MG	17
Tableau 18 : Fréquence des types de dépistage réalisés par les MG	18
Tableau 19 : Interventions en matière de suivi et de traitement des patients cancéreux	19
Tableau 20 : Répartition des circonstances dans lesquelles les MG abordent divers thèmes liés à la prévention des cancers	21
Tableau 21 : Classement des circonstances dans lesquelles les MG abordent divers thèmes liés à la prévention des cancers	22
Tableau 22 : Accompagnement des patients dans leurs tentatives de modification de comportements	24
Tableau 23 : Perspectives de pratique en matière de cancer	25
Tableau 24 : Répartition des MG selon le nombre d'axes qu'ils envisagent de développer	26
Tableau 25 : Variété des interventions préventives en fonction du type de pratique	27
Tableau 26 : Moyenne d'âge pour les diverses interventions préventives	28
Tableau 27 : Age moyen des MG en fonction de leurs perspectives pour les quatre types d'activités	28
Tableau 28 : Variété des activités à développer en fonction de l'ancienneté	29
Tableau 29 : Variété des activités à développer en fonction du type de pratique	29
Tableau 30 : Accompagnement et formation dans trois domaines liés au cancer	29
Tableau 31 : Répartition des MG en fonction du nombre de domaines concernés par les formations suivies	30
Tableau 32 : Type de formation par domaine	31
Tableau 33 : Information sur les différents traitements	32
Tableau 34 : Evaluation de l'utilité des différentes modalités d'information	34

E. ANNEXES

Annexe 1 : LE QUESTIONNAIRE DE L'ENQUETE EXTENSIVE

CODE ENQUETEUR :

IDNUM (N° du MG dans la liste) :

Sexe :	Date de l'entretien :	Raison de l'échec :
Date de naissance :	Heure de l'entretien :	
Code postal (cabinet) :	Rang du MG :	
	Essais :	

Docteur xxx ?

Bonjour Docteur. Je suis xxx, étudiant(e) en médecine. Excusez-moi de vous déranger. Je vous contacte au sujet de l'enquête de la Fédération Contre le Cancer et de la SSMG. Vous avez reçu une lettre pour vous annoncer cette enquête. Elle ne dure qu'une dizaine de minutes...

Q1A Pouvez-vous me consacrer maintenant ces quelques minutes ou préférez-vous que je vous recontacte à un autre moment ?

- (1) **Le médecin accepte** → *Commencer le questionnaire à la Q2 (verso)*
(2) **Le médecin refuse** → *Passer aux Q1B et Q1C*

Q1A :

NB : Si le médecin demande de rappeler plus tard : noter le rendez-vous dans l'historique.

→ Lors du nouveau rendez-vous : Bonjour Docteur. Je suis x. Je vous ai contacté tout à l'heure (ou le x) pour une enquête concernant les cancers. Avez-vous à présent quelques minutes pour répondre à mes questions ?

Q1B Dans ce cas, puis-je vous demander les raisons de ce refus?

- (1) **Oui**
(2) **Non**

Q1B

1 :

Q1B2 :

→ Si pas de réponse spontanée : Est-ce parce que : (1 seule réponse)

- (1) **Vous n'avez pas de patients cancéreux ?**
(2) **Vous ne répondez pas aux enquêtes ?**
(3) **Vous n'avez pas le temps ?**
(4) **Autre (préciser) :**

Q1C Pour établir la représentativité de notre échantillon, accepteriez-vous quand même de répondre à 5 questions sur le genre de pratique médicale que vous exercez?

- (1) Oui → *Poser les questions Q2 à Q6 (verso)*
(2) Non → *Remercier et poser la Q17 de l'encadré situé page 8.*

Q1C :

Q2 Pratiquez-vous bien la médecine générale?

- (1) Oui → *Poursuivre avec la Q3*
(2) Non → *Remercier et poser la Q17 de l'encadré situé page 8.*

Q2 :

Si le médecin donne un complément d'explication, le noter ici :

.....

Q3 Depuis combien de temps ?

Depuis ans ou depuis 19.....

**CONVERTIR EN NOMBRE D'ANNEES PAR RAPPORT A 2001. METTRE < 1
QUAND C'EST MOINS D'UN AN.**

Q4 Dans votre pratique générale, est-ce que vous travaillez la plupart du temps :

- (1) Seul
(2) A deux ou à plusieurs médecins généralistes
(3) En équipe pluridisciplinaire
(*EX : dans certaines maisons médicales, planning familiaux, centres IMS, ...*)
Selon une autre formule (*préciser*) :
-

Q3 :

Q4 :

Q5 En dehors de vos activités professionnelles habituelles, faites-vous partie d'une structure préventive telles que l'ONE, la médecine du travail, l'IMS, le centre de dépistage...?

- (1) Oui (2) Non

Q5A :

Si oui → Laquelle ?

.....

Q5B :

Q6 Faites-vous partie d'un autre type de groupe de prévention ?

- (1) Oui (2) Non

Q6A :

Si oui → Lequel ?

.....

Q6B :

----- FIN DES QUESTIONS POUR LES NON-REPONDANTS ➔ NE RENDRE QUE CETTE PAGE !!!

Avant d'aller plus loin, je souhaite vous préciser qu'il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse. Il est important pour nous de connaître les pratiques réelles des médecins et non les pratiques idéales ou attendues. Pouvons-nous continuer ?

J'attire ici votre attention sur le fait que les questions suivantes portent sur votre expérience des **12 derniers mois uniquement**.

Q7 Dans votre patientèle, à combien de personnes atteintes de cancer avez-vous été confronté au cours de ces 12 derniers mois?

..... cas → Si le répondant n'a jamais été confronté à un cas de cancer, passer à la **Q10**

Q7:

Q8 Je vais vous citer une série de manières d'être impliqué dans un diagnostic de cancer. Pouvez-vous me dire si, au cours des 12 derniers mois ...

A) vous avez mis au point un symptôme évocateur ?

Si oui → Pour quel(s) type(s) de cancer ?

vous avez prescrit un dépistage ?

(1) Oui (2) Non

Si oui \Rightarrow Pour quel(s) type(s) de cancer ?

vous avez réalisé vous-même un dépistage ?

(1) Oui (2) Non

Si oui \Rightarrow Pour quel(s) type(s) de cancer ?

D) vous avez été informé d'un diagnostic réalisé par un confrère spécialiste, sans demande préalable de votre part ?

(1) Oui (2) Non

Si oui → Pour quel(s) type(s) de cancer ?

Q8A1:

08A2:

08B1 •

08B2 :

08C1 •

08C2:

08D1:

Q8D2 :

Q9 Toujours au cours des 12 derniers mois, êtes-vous intervenu auprès de vos patients dans le cadre :

A D'un soutien psychologique ou d'information ?	(1) oui	(2) non	Q9A :
B Du contrôle des effets secondaires ?	(1) oui	(2) non	Q9B :
C De soins palliatifs ?	(1) oui	(2) non	Q9C :
D Etes-vous intervenu d'une autre manière ? (<i>préciser</i>)	(1) oui	(2) non	Q9D :

.....

.....

Q10 Je vais vous citer une série de thèmes en relation avec la prévention du cancer. Pouvez-vous me dire dans quelles circonstances vous prenez l'initiative de les aborder ?

Est-ce :

- (0) Jamais ?**
- (1) Uniquement à la demande du patient ?**
- (2) Systématiquement avec tous les patients ? (*90 à 100 % des cas*)
- (3) Face à certaines situations évocatrices ? (*situations à risques, présence de certains symptômes ou d'une pathologie cancéreuse*) ?

Une seule réponse par ligne – Répéter chaque fois les propositions

THEMES	Jamais	Demande patient	Systématique	Situations évocatrices	
A Tabac	(0)	(1)	(2)	(3)	Q10A :
B Alimentation	(0)	(1)	(2)	(3)	Q10B :
C Alcool	(0)	(1)	(2)	(3)	Q10C :
D Soleil / Ultraviolets	(0)	(1)	(2)	(3)	Q10D :
E Environnement / Pollution	(0)	(1)	(2)	(3)	Q10E :
F Infections	(0)	(1)	(2)	(3)	Q10F :
G Prédispositions familiales	(0)	(1)	(2)	(3)	Q10G :

H Autres (<i>préciser</i>)	(0)	(1)	(2)	(3)	Q10H1 :
.....					Q10H2 :
.....					
Q11 Accompagnez-vous vos patients dans leurs tentatives de sevrage tabagique ?					
(1) Oui (2) Non					
Avez-vous une formation spécifique pour cette prise en charge ?					
(1) Oui (2) Non					
Si oui → Laquelle ?					
.....					
.....					
Q12 Accompagnez-vous vos patients dans leurs tentatives de sevrage alcoolique ?					
(1) Oui (2) Non					
Avez-vous une formation spécifique pour cette prise en charge?					
(1) Oui (2) Non					
Si oui → Laquelle ?					
.....					
.....					
Q13 Accompagnez-vous vos patients dans leurs tentatives de modification de comportements alimentaires, du mode de vie, ...?					
(1) Oui (2) Non					
Avez-vous une formation spécifique pour cette prise en charge?					
(1) Oui (2) Non					
Si oui → Laquelle ?					
.....					
.....					

BIEN. NOUS ALLONS MAINTENANT ABORDER LE THEME DES INFORMATIONS CONCERNANT LA PREVENTION, LE TRAITEMENT ET LE SUIVI DES CANCERS.

Q14 Je vais tout d'abord vous citer une série de traitements contre le cancer. Pouvez-vous me dire à chaque fois si vous estimatez disposer de suffisamment d'information concernant ce type de traitement ?

Nous envisageons 3 possibilités :

- (1) Vous ne disposez pas de suffisamment d'information.
- (2) Vous disposez de suffisamment d'information pour assurer le suivi médical du patient.
- (3) Vous disposez de suffisamment d'information pour prendre en charge vous-même ce type de traitement.

Reprenez un par un les traitements en question et dites-moi dans quelle position vous vous situez:

UNE SEULE REPONSE PAR LIGNE – REPETER CHAQUE FOIS LES PROPOSITIONS

TRAITEMENTS	Pas assez	Assurer le	Prendre	
	d'info	suivi	en charge	
A La chirurgie	(1)	(2)		Q14A :
B La radiothérapie	(1)	(2)		Q14B :
C La chimiothérapie	(1)	(2)		Q14C :
D L'hormonothérapie	(1)	(2)		Q14D :
E Le contrôle des effets secondaires	(1)	(2)	(3)	Q14E :
F Le traitement de la douleur	(1)	(2)	(3)	Q14F :
G Le soutien psychologique	(1)	(2)	(3)	Q14G :
H Le suivi du deuil	(1)	(2)	(3)	Q14H :
I Autre (<i>préciser</i>) :	(1)	(2)	(3)	Q14I1 :
.....				
.....				Q14I2 :

Q15 Je vais vous citer une série de sources d'informations sur le cancer. Je vous demande de préciser le degré d'utilité de chacune d'entre elles au moyen des 4 valeurs de notre échelle:

- (1) Pas du tout utile,
 (2) Peu utile,
 (3) Assez utile,
 (4) Très utile.

Mettre une croix à côté de la réponse dans la colonne de droite si le MG n'a pas accès à cette info.

UNE SEULE REPONSE PAR LIGNE – REPETER CHAQUE FOIS LES PROPOSITIONS : "EST-CE QUE CELA VOUS EST... ? "

SOURCES D'INFORMATION	Pas du tout utile	Peu utile	Assez utile	Très utile	
A Une journée d'information, un atelier, un séminaire,...	(1)	(2)	(3)	(4)	Q15A :
B Les groupes de médecins (Dodéca-groupes, Glems, ...)	(1)	(2)	(3)	(4)	Q15B :
C Les contacts avec des spécialistes	(1)	(2)	(3)	(4)	Q15C :
D Les revues médicales	(1)	(2)	(3)	(4)	Q15D :
E Les livres spécialisés	(1)	(2)	(3)	(4)	Q15E :
F La consultation de l'internet	(1)	(2)	(3)	(4)	Q15F :
G Les documents "grand public"	(1)	(2)	(3)	(4)	Q15G :
H Autres (<i>préciser</i>) :	(1)	(2)	(3)	(4)	Q15H1 :
.....					Q15H2 :

Q16 Je vais vous citer quelques types d'activités en relation avec le cancer. Face à ces activités, comment voyez-vous l'évolution de votre pratique personnelle dans les deux années à venir? Souhaitez-vous faire plus, moins ou autant de :

UNE SEULE REPONSE PAR LIGNE – REPETER CHAQUE FOIS LA QUESTION

ACTIVITES	En faire plus	En faire moins	En faire autant	
A Prévention primaire	(1)	(2)	(3)	Q16A :
B Dépistage	(1)	(2)	(3)	Q16B :
C Participation active au traitement	(1)	(2)	(3)	Q16C :
D Soins palliatifs	(1)	(2)	(3)	Q16D :
E Autres (<i>préciser</i>) :	(1)	(2)	(3)	Q16E1 :
.....				Q16E2 :

NOUS SOMMES ARRIVES A LA FIN DU QUESTIONNAIRE.

Q17 PUIS-JE ENCORE VOUS DEMANDER VOTRE DATE DE NAISSANCE ET LE CODE POSTAL DE LA LOCALITE OU SE TROUVE VOTRE CABINET ?

NAISS :/...../..... (EX : 6/3/59)
(A REPORTER ENSUITE SUR LA PREMIERE PAGE)

CODE POSTAL :
(A REPORTER ENSUITE SUR LA PREMIERE PAGE)

***JE VOUS REMERCIE D'AVOIR ACCEPTE DE PARTICIPER A CETTE ETUDE.
AVEZ-VOUS DES QUESTIONS OU SOUHAITEZ-VOUS FAIRE UN COMMENTAIRE
A PROPOS DE CELLE-CI ?***

A series of six horizontal dotted lines, each consisting of a series of small dots. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page.

AVANT DE NOUS QUITTER, JE VOUDRAIS VOUS RAPPELER QUE VOUS SEREZ PERSONNELLEMENT INFORMÉ PAR COURRIER DES RESULTATS DE CETTE ENQUÊTE TELEPHONIQUE DANS LE COURANT DU MOIS DE MAI 2001.

Annexe 2 : LE CANEVAS D'ENTRETIEN DE L'ENQUETE QUALITATIVE

**ETUDE SUR LES ATTENTES ET LES PRATIQUES
DES MEDECINS GENERALISTES
EN MATIERE DE CANCER**

FBCC – SSMG – STES.APES

**GUIDE D'INTERVIEW N° 2 POUR LES
MEDECINS GENERALISTES RECONTACTES PAR TELEPHONE**

B. ESCOYEZ (STES.APES – ULG)
C. DAVISTER (STES.APES – ULG)
C. VANDOORNE (APES – ULG)

PREMIER CONTACT TELEPHONIQUE : le

DEUXIEME CONTACT TELEPHONIQUE : le

TROISIEME CONTACT TELEPHONIQUE : le

Docteur XXX ?

Bonjour, je m'appelle B. ESCOYEZ . Je travaille à l'APES, Ecole de Santé Publique, Université de Liège.

Vous avez reçu un courrier émanant de la SSMG et de la FBCC concernant la suite de l'étude sur les attentes et les pratiques des médecins généralistes en matière de cancer.

Comme prévu dans ce courrier, je vous contacte afin de convenir avec vous d'un moment où vous pourriez me consacrer environ 15 minutes d'entretien par téléphone ?

Je vous confirme qu'il ne s'agit en rien de contrôler vos réponses à l'enquête précédente, mais plutôt de connaître votre éclairage personnel sur certains résultats qui nous ont interpellés.

Date du rendez-vous téléphonique :
.....

Je vous remercie ,

Je vais vous faire part de certains résultats de l'enquête téléphonique qui nous ont interpellés et sur lesquels nous voudrions avoir votre avis.

Je vous rappelle l'intitulé de l'enquête : "Etude sur les attentes et les pratiques des médecins généralistes en matière de cancer".

a. Types d'actes de prévention réalisés au cours des 12 derniers mois

Dans l'enquête téléphonique, 94 % des MG disent avoir **prescrit** un dépistage et 74 % disent avoir **réalisé** un dépistage au cours des 12 derniers mois.

Ces chiffres nous paraissent élevés.

Dans votre cas, comment avez-vous interprété le terme "dépistage"?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(Sous-question si nécessaire : S'agit-il d'un dépistage systématique ou plutôt de mise au point d'un signe d'appel?)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Une proportion de 60 % des répondants ont déclaré avoir le souhait de développer leurs activités de dépistage des cancers endéans les deux prochaines années. Etiez-vous parmi ceux-ci ? Pouvez-vous préciser votre réponse ?

.....
.....
.....
.....
.....

(Sous-question si nécessaire : A votre avis, de quel type de dépistage s'agit-il ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

b. Intervention en matière de soutien psychologique.

Dans l'enquête téléphonique, une toute grande majorité des M.G disent être intervenus dans le cadre d'un soutien psychologique ou d'information au cours des 12 derniers mois.

- Dans votre cas, quel type d'intervention recouvrent les termes "soutien psychologique" et "information" ?

c. Thèmes abordés lors de la consultation

Dans l'enquête téléphonique, nous évoquions les circonstances dans lesquelles les MG abordent divers thèmes de prévention avec leurs patients.

- Près de 6 médecins sur 10 abordent le tabac et les prédispositions familiales de façon systématique avec leurs patients. Ces résultats assez élevés s'expliquent-ils par l'anamnèse réalisée lors du premier contact avec le patient ou à l'ouverture du dossier médical ou bien voyez-vous d'autres explications?

- 60 % des médecins abordent le thème du tabac de façon systématique, mais seulement 36 % le font pour l'alcool. Comment expliquez-vous cette différence ?

- Le thème de l'alimentation est abordé de façon systématique par moins d'un médecin sur 5, celui de l'environnement par moins d'un médecin sur 10. A votre avis, pourquoi n'est-ce pas plus fréquent?

- A propos de ces deux thèmes, estimatez-vous qu'il est nécessaire d'avoir plus d'informations ou de formations avant de les aborder de façon systématique avec les patients ?

d. Information sur les traitements

Dans l'enquête téléphonique, nous abordions le problème de l'information des MG à propos des traitements contre le cancer (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie, douleur, soutien psychologique, suivi du deuil). Pour chaque type de traitement, nous vous demandions si vous disposiez de suffisamment d'information sur le sujet pour assurer le suivi ou pour assurer la prise en charge du patient.

- Comment avez-vous interprété les termes de "suivi" par rapport à "prise en charge"?

- Un des thèmes évoqués dans cette question concernait le suivi du deuil.

Dans votre pratique, à quoi correspond concrètement ce terme ?

Quels sont pour vous les cas les plus fréquents ?

Quels sont pour vous les cas les plus rares ?

L'entretien est terminé. Avez-vous l'un ou l'autre commentaire à formuler ?

.....
.....

Je vous remercie encore pour votre collaboration,