



HAL
open science

En quête de pertinence et d'égalité? Quand les prescriptions des dépistages des cancers gynécologiques s'emmêlent

Géraldine Bloy, Laurent Rigal

► To cite this version:

Géraldine Bloy, Laurent Rigal. En quête de pertinence et d'égalité? Quand les prescriptions des dépistages des cancers gynécologiques s'emmêlent. *Revue française des affaires sociales*, 2019. hal-03698002

HAL Id: hal-03698002

<https://hal.science/hal-03698002v1>

Submitted on 17 Jun 2022

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

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

En quête de pertinence et d'égalité ? Quand les prescriptions des dépistages des cancers gynécologiques s'emmêlent

Géraldine Bloy et Laurent Rigal

RFAS (Revue française des affaires sociales), 2019 N°3 pages 11 à 33

Résumé

Cet article croise épidémiologie et sociologie pour réfléchir aux inégalités sociales présentes dans le dépistage des cancers gynécologiques, les cancers du col de l'utérus et du sein. Il cherche à préciser les logiques de prescription « ordinaires » de ces deux dépistages, en les référant à un système de prescripteurs, pour voir en quoi elles éclairent la fabrique des inégalités sociales en matière de dépistages gynécologiques. De la prescription, l'analyse remonte aux principaux acteurs professionnels, gynécologues et médecins généralistes, et examine comment leurs logiques d'action cohabitent, plus qu'elles ne s'articulent de façon synergique, pour produire des problèmes de pertinence et des gradients sociaux dans la réalisation des frottis et mammographies de dépistage. Le (dys)fonctionnement de l'organisation de l'offre de soins pour ces dépistages est le produit d'une histoire spécifique, saisie à un moment de tension particulier. L'analyse repose sur deux enquêtes originales autour des pratiques préventives des généralistes, dont nous mobilisons le volet dépistage des cancers gynécologiques, et est adossée à la littérature.

Introduction

Comme beaucoup d'autres pathologies, les cancers du col de l'utérus et du sein frappent davantage le bas de la hiérarchie sociale. Des gradients sociaux sont ainsi mesurables aux différents stades de la maladie. Ainsi, dans le cas du cancer du col utérin, l'incidence est plus fréquente chez les femmes du bas de la hiérarchie sociale que chez celles du haut, et décroît progressivement entre ces deux extrémités de l'échelle sociale (Jensen *et al.*, 2008). Le cancer du sein a fait durablement exception à la « loi » des inégalités sociales de santé, avec une incidence plus élevée chez les femmes du sommet de l'échelle sociale (Carlsen *et al.*, 2008). Celle-ci s'est récemment « normalisée » (probablement en raison de l'homogénéisation des modes de contraception et de l'âge à la première naissance). Pour ces deux cancers, la participation au dépistage (Moser *et al.*, 2009; Rigal *et al.*, 2011), l'obtention du traitement recommandé après le diagnostic (Bouchardy *et al.*, 2006; Hiotis *et al.*, 2005) ainsi que la survie (Carlsen *et al.*, 2008; Jensen *et al.*, 2008) sont moins bons chez les femmes de milieux défavorisés.

Cet article porte le dépistage de ces deux cancers gynécologiques, par frottis du col utérin et mammographie, qui font l'objet dans tous les pays développés de recommandations anciennes et largement homogènes (même si la périodicité varie : 3 à 5 ans pour le frottis ; 1 à 2 ans pour la mammographie) (ANAES, 1999; ANDEM, 1995; von Karsa *et al.*, 2008 ; Sawaya, 2009; U.S. Preventive Services Task Force, 2002). Derrière ces convergences se trouvent pourtant deux tableaux très différents : d'un côté, un consensus remarquable sur l'efficacité du dépistage du cancer du col utérin¹ ; de l'autre, une controverse scientifique qui court depuis le début du siècle à propos de la balance risques-bénéfices de la mammographie de dépistage systématique, du fait d'une connaissance imparfaite de l'histoire naturelle de la maladie et de surdiagnostics/surtraitements, impactant lourdement la vie des femmes concernées (Campergue, 2011; Gøtzsche, 2012; Miller *et al.*, 2014; Olsen and Gøtzsche, 2001; *Prescrire*, 2006). Les modes d'organisation des dépistages sont enfin disparates :

¹ La place du frottis dans la stratégie de prévention n'est pas mise en cause par la vaccination contre les infections par papillomavirus humains.

certaines pays ne proposent qu'un dépistage dit spontané, opportuniste, individuel (DI) [c'est-à-dire prescrit dans une relation interindividuelle à des personnes consultant éventuellement pour un autre motif] ; d'autres ont mis en place un dépistage organisé (DO). Ce dernier repose alors sur des structures spécifiques dédiées au dépistage, qu'elles en aient l'exclusivité ou non. Les modalités d'invitation des femmes à participer varient enfin entre pays, voire régions.

En France, le dépistage du cancer du col utérin est traditionnellement individuel et repose principalement sur des praticiens libéraux. La décision de généraliser un DO dans le cadre d'un programme national a été prise en 2018, après des années d'expérimentation dans quelques départements (Hamers et Beltzer, 2017). Le dépistage du cancer du sein fait cohabiter DI et DO depuis 2004, avec des clichés réalisés dans les mêmes cabinets de radiologie. Tous les deux ans, un courrier invite les femmes à se rendre chez un radiologue pour réaliser gratuitement une mammographie².

La proportion de femmes à jour pour le dépistage du cancer du col utérin se situe autour de 60 % (HAS, 2010; Maura *et al.*, 2018). Dans le même temps, le nombre de frottis de dépistage réalisés et remboursés en France permettrait de couvrir l'ensemble des femmes éligibles (Rousseau *et al.*, 2002). Un problème majeur d'allocation des ressources et d'équité se pose donc d'emblée pour ce dépistage à très haut niveau de preuve, dans le cas d'une pathologie largement évitable mais entraînant la mort d'un millier de femmes chaque année en France (Binder-Foucard *et al.*, 2014). Certaines femmes sont dépistées très, voire trop, souvent³, tandis que d'autres ne le sont pas du tout ou pas assez souvent. Au vu du gradient traversant la hiérarchie sociale, il semble difficile de n'y voir qu'un effet de préférences individuelles des femmes : elles ont plus de risques de ne pas être à jour au fur et à mesure que l'on descend la hiérarchie sociale. Pour la mammographie de dépistage, la proportion de femmes à jour avoisine 60 % (HAS, 2011), d'après des statistiques qui ne permettent pas de distinguer les indications (diagnostic ou dépistage) parmi les mammographies prescrites à titre individuel. La proportion de femmes répondant aux invitations du DO, après avoir progressé jusqu'au début des années 2010, est en léger repli (Quintin et Rogers, 2019). Ce dépistage est lui aussi socialement différencié en défaveur du bas de la hiérarchie sociale, mais de façon moins marquée que le précédent (Duport et Ancelle-Park, 2006 ; Menvielle *et al.*, 2014).

Ce panorama rapide pose d'emblée beaucoup de questions en termes de pertinence des soins (selon l'acception classique de la notion retenue dans l'introduction du numéro), que nous n'entendons pas toutes traiter. Nous laisserons notamment à d'autres celles touchant aux fondements scientifiques de la mammographie de dépistage systématique et à la gestion politique et économique de la prévention du cancer du sein en France (Ménoret, 2007a, 2006) ou, tout aussi important, les effets de ces dépistages massifs sur les femmes et les définitions sociales de la féminité (Jacques et Penchaud, 2011; Ménoret, 2007b; Ruault, 2015). L'entrée privilégiée ici est à la fois plus modeste et plus précise : il s'agit d'une entrée « par le bas », cherchant à préciser les logiques de prescription « ordinaires » de ces deux dépistages, en les référant à un système de prescripteurs, pour voir en quoi elles éclairent la fabrique des inégalités sociales en matière de dépistages gynécologiques. De la prescription, nous remonterons donc aux différents acteurs professionnels et examinerons comment leurs logiques d'action cohabitent, plus qu'elles ne s'articulent de façon synergique, pour produire

² Malgré l'organisation de la gratuité, si le radiologue juge utile de compléter les clichés par une échographie, cette dernière est facturée au tarif du cabinet.

³ Réalisé très fréquemment, ce dépistage entraîne son lot de sur-diagnostic et de sur-traitements, avec comme conséquence un risque de complications obstétricales ultérieures (Arbyn *et al.*, 2008; Kyrgiou *et al.*, 2015, 2006).

des gradients sociaux et des laissées pour compte⁴. L'analyse s'élargira ainsi progressivement, de l'observation à l'échelle micro des logiques de prescriptions vers l'analyse du (dys)fonctionnement de l'organisation de l'offre de soins pour ces dépistages, produit d'une histoire spécifique et saisi à un moment de tension particulier.

Deux regards disciplinaires interagissent tout au long de cet article, ancrés dans deux enquêtes originales autour des pratiques préventives des médecins généralistes (MG), dont nous mobilisons le volet dépistage des cancers gynécologiques (encadré n° 1). L'enquête épidémiologique permet d'affiner et de compléter les constats ci-dessus en s'intéressant plus précisément aux prescripteurs, socialement différenciés, de ces deux dépistages. L'enquête sociologique qualitative et l'ancrage dans la littérature de sciences sociales permettent ensuite d'appréhender le fonctionnement du système des prescripteurs de ces dépistages, conduisant à ces inégalités entre les femmes. L'entrée par les MG est pertinente au vu de leur rôle de pilier de la prévention des cancers, consacré par la loi et par le Plan cancer 2009-2013. Il s'agit en outre des professionnels de santé les plus consultés par la population, sans gradient social dans l'accès, donc théoriquement bien placés pour identifier et « rattraper » les femmes sous-dépistées. Faute d'enquête symétrique sur l'autre groupe professionnel en première ligne sur ces dépistages, celui des gynécologues médicaux, nous adosserons notre analyse aux études et données de la littérature les concernant. Notre pari est que la mise en relation de différents travaux, relus à travers la problématique de la fabrication des inégalités sociales de dépistage, est de nature à produire un gain d'intelligibilité sur la pertinence des soins dispensés.

Le constat d'inégalités majeures et de prescripteurs socialement différenciés parmi les patientes

Notre corpus d'entretiens révèle une conscience inégale, mais généralement faible, des MG quant à l'ampleur des inégalités sociales de santé en général, ou parmi leurs patients en particulier (Bloy *et al.*, à paraître). En matière de prévention gynécologique, les MG ont plutôt fait état de différences culturelles et religieuses, l'enjeu de correction des inégalités sociales par des pratiques préventives adaptées n'était pas saillant à leurs yeux. Qu'il s'agisse d'un point aveugle des discours sur leurs pratiques n'empêche pas d'importantes modulations sociales dans le suivi des dépistages gynécologiques au sein de leur patientèle, sur lesquelles Prev Quanti jette une lumière crue.

Même si les patientes de l'étude se sont déclarées largement à jour des dépistages gynécologiques (78,7 % pour le frottis et 77,5 % pour la mammographie), des gradients sociaux ont été observés au détriment du bas de la hiérarchie sociale pour ces deux dépistages (tableau 1). Ces résultats valent après ajustement et quel que soit l'indicateur de position sociale retenu. Le gradient social mesuré pour le frottis est, de loin, le plus marqué de ceux que nous avons pu relever pour les différents soins, avec un *odd ratio* supérieur à 4,6 (contre un peu moins de 3 pour la mammographie) (Rigal *et al.*, 2015; Thebault *et al.*, 2017).

Pour éclairer la production de ces gradients au sein d'une population de patientes suivies en médecine générale, l'apport de Prev Quanti est d'avoir demandé aux femmes (qu'elles soient à jour ou non) de renseigner la qualité du dernier prescripteur des dépistages gynécologiques

⁴ L'analyse des logiques sociales différenciées de soins nous semble pertinente et nécessaire quand bien même des doutes existent quant à la pertinence scientifique d'un de ces dépistages. Par-delà les messages incitatifs de la communication officielle, il faudrait s'intéresser à la façon dont les femmes reçoivent les informations dissonantes et les alertes relatives à la mammographie de dépistage selon les ressources sociales et éducatives dont elles disposent et selon les types de professionnels qu'elles consultent : quelles sont celles dont les pratiques de dépistage ont évolué avec la controverse, contre le discours des médecins qui les suivent ou avec leur appui ?

effectués, dans un contexte complexe où coexistent plusieurs prescripteurs⁵. Dans 84,4 % des cas pour le frottis, et 57,1 % des cas pour la dernière mammographie, le prescripteur est un gynécologue. Le DO est prescripteur de la dernière mammographie de 27,1 % des patientes et il n'existait pas de DO du cancer du col utérin dans la région étudiée au moment de l'enquête. Un généraliste est cité comme dernier prescripteur pour 15,6 % des frottis et 15,7 % des mammographies. Les prescripteurs sont clairement différenciés socialement pour les deux types de dépistage (tableau 2). Par rapport aux femmes du bas de la hiérarchie sociale, les femmes des milieux favorisés réalisent leur frottis plus fréquemment chez un gynécologue et moins souvent chez un généraliste. L'*odd ratio* correspondant à la prescription du dernier frottis par un généraliste (par opposition à un gynécologue) varie de 1 à 2,4 entre le haut et le bas de la hiérarchie sociale. Pour le cancer du sein, les gynécologues sont cités plus fréquemment comme derniers prescripteurs pour les classes supérieures, les MG pour les classes moyennes, le DO pour les femmes du bas de la hiérarchie sociale. Apparaissent donc immédiatement ici des différences sociales majeures dans les filières (informelles) de dépistage empruntées par les femmes.

Prev Quanti a enfin recherché la présence d'une date de dépistage dans le dossier médical tenu par les MG médecins traitants de ces femmes (tableau 3). Ce renseignement est un indicateur de leur implication dans le dépistage, notamment pour le suivi des échéances. Une date de frottis, quelle qu'elle soit, se trouvait dans 26 % des dossiers des patientes ; une date de mammographie dans 49 % des cas. D'après les questionnaires renseignés par les patientes éligibles, la quasi-totalité d'entre elles avaient pourtant déjà réalisé ces dépistages au moins une fois dans leur vie. Le renseignement d'une date de frottis dans les dossiers médicaux était moins fréquent pour les patientes du bas de la hiérarchie sociale (*odd ratio* des ouvrières *versus* cadres = 0,28). En l'état des dossiers et des procédures de travail⁶, les MG étaient donc mal outillés pour suivre les échéances du dépistage du cancer du col utérin et contribuer à diminuer les gradients sociaux vis-à-vis du frottis observés dans leurs patientèles. À l'opposé, un gradient économique favorable au bas de la hiérarchie sociale était observé pour le renseignement d'une date de mammographie.

Une distribution des prescripteurs aussi différenciée socialement interpelle, dans un système de soins au financement solidaire, qui institue la gratuité des soins pour les plus démunis et se fixe des objectifs d'égalité d'accès aux praticiens et aux procédures disponibles (si ce n'est de résultats). Nous cherchons à caractériser dans les sections suivantes les prescripteurs et les relations qui existent entre eux, pour comprendre en quoi cela contribue aux inégalités sociales observées. L'expression « système de prescripteurs » pourra être utilisée par commodité, sans hypothèse *a priori* sur le mode d'intégration des différentes parties prenantes. Il existe, nous le verrons, une certaine interdépendance entre elles, à la manière d'une « écologie liée » théorisée par A. Abbott (Abbott, 1988). Cela signifie qu'il n'existe ni une division des tâches explicite, dont les acteurs auraient une conscience claire, ni que le résultat de leur interaction puisse être tenu pour une production intentionnelle. Il n'empêche

⁵ Trois types principaux de prescripteurs sont à l'initiative des dépistages gynécologiques : les gynécologues, les MG et les programmes de DO. Les sages-femmes réalisent également, depuis la loi de 2009, des frottis de dépistage, tandis que les oncologues et radiologues prescrivent certaines mammographies de dépistage. La place de ces dernières dans les dépistages n'est pas identifiée à notre connaissance dans les statistiques et il n'y a pas de données sur le profil social de leurs patientes.

⁶ En France, à la différence d'autres pays, aucun personnel paramédical ou administratif n'est dédié à ce travail. La déontologie médicale, dont les grandes lignes ont été développées par rapport à l'exercice libéral, y interdit d'ailleurs aux médecins d'organiser en propre le rappel de patients, même pour des actes de prévention dont l'efficacité repose sur la répétition à échéance régulière (démarche assimilée à une tentative de captation de clientèle). Dans les mœurs et l'organisation du travail, extraire des listes de patients pour savoir dans une vue d'ensemble s'ils sont à jour de tel examen est exceptionnel.

que les logiques d'action professionnelles des uns et des autres sont partie prenante d'une même configuration, qui structure les problèmes de pertinence et d'inégalité observés dans la réalisation de ces dépistages auprès des femmes.

Du côté des gynécologues médicaux : une place fondamentale dans les prescriptions mais des zones d'ombre

Les gynécologues sont, de loin, les premiers prescripteurs du dépistage des cancers gynécologiques. Ils se partagent en France entre deux spécialités : gynécologie médicale et gynécologie obstétrique. À la différence des obstétriciens, pratiquant souvent aussi la chirurgie et basés principalement à l'hôpital, les gynécologues médicaux consultent en ambulatoire en ville. Une large part de leur activité a trait à la contraception et la prévention. Beaucoup d'obstétriciens, pourtant dotés d'un plus grand prestige (notamment dans le cadre hospitalo-universitaire), en viennent à pratiquer aussi la gynécologie médicale pour suivre leurs patientes globalement sur le plan gynécologique. Dans ce contexte particulier d'une spécialité dédoublée, avec franchissement des lignes possible à sens unique, l'offre de soins et de dépistages en matière de gynécologie médicale n'est pas connue exactement. Des obstétriciens (de même que des MG, nous y viendrons) peuvent y consacrer une part non négligeable de leur activité alors que d'autres n'en font pas du tout. Le chiffre, d'origine imprécise, de 60 % de femmes suivies par un gynécologue est parfois avancé (Guyard, 2008)⁷. La statistique publique aide à préciser la morphologie du groupe des gynécologues médicaux « exclusifs » et à réfléchir leur accessibilité. Au nombre de 3 146 en 2016, dont 72,3 % de femmes, ils et elles exercent en libéral à 73 %, avec une répartition très inégale sur le territoire. Au-delà de l'accessibilité géographique, se pose pour les libéraux la question de l'accessibilité économique⁸. La gynécologie médicale constitue en effet une spécialité qui a largement profité de la possibilité de passer en « secteur 2 » pour avoir droit à des honoraires excédant le tarif conventionné du remboursement des soins par la Sécurité sociale. Elle figure parmi les spécialités présentant la plus forte proportion de médecins exerçant en secteur 2 et affiche des taux de dépassement record (IGAS, 2007). Les enquêtes par *testing* ont aussi relevé une proportion importante, dans cette spécialité, de refus (illégaux) de patients défavorisés bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) [Desprès, 2009]⁹. Ces questions d'accessibilité contribuent directement au profilage des patientèles et éclairent le constat précédent de « filières » de dépistage différenciées.

La spécialité gynécologie médicale procède d'une histoire ancienne et complexe, qui confère à ses praticiens une place particulière dans la société française (encadré 2). Malgré la variété des chantiers de recherche ouvrant sur leurs pratiques, les gynécologues libéraux, ceux qui suivent les femmes en routine dans leur cabinet, ont largement échappé aux enquêtes de terrain. Ces dernières ont porté pour l'essentiel sur ses *leaders* scientifiques ou politiques et sur des praticiens exerçant la gynécologie à l'hôpital public ou en centre de planification familiale, d'accès plus facile (mais pas toujours gynécologues). C'est d'autant plus regrettable

⁷ Les femmes de la cohorte Constances ont pour 58 % d'entre elles consulté un gynécologue dans l'année précédant leur inclusion, mais ce ne sont vraisemblablement pas les plus éloignées du système de soins (Sassenou, 2018).

⁸ Les problèmes d'accessibilité géographique et économique ne se recoupent généralement pas. C'est à Paris que l'accessibilité géographique des gynécologues est la plus élevée, mais un cinquième seulement de cette accessibilité est lié à des professionnels de secteur 1 (DREES, 2016).

⁹ Le taux de refus des bénéficiaires de la Couverture médicale universelle par les gynécologues s'y élèverait à plus de 38 % (Desprès, 2009). En Île-de-France les gynécologues pratiquaient un taux moyen de dépassement d'honoraires de 86 % en 2004 (Aballea *et al.*, 2007).

que les relations des gynécologues libéraux avec leurs patientes et plus largement avec « les femmes » sont au cœur de la communication publique du groupe professionnel, la presse dite féminine s'en faisant l'écho. Ainsi, nous ne connaissons pas d'analyse interrogeant précisément la façon dont ils justifient leurs pratiques de dépistage. Cherchant à les objectiver, une thèse de médecine s'est récemment intéressée à la problématique du surdépistage du cancer du col de l'utérus, à partir des données de la cohorte Constances (Sassenou, 2018). Ce surdépistage concerne près de 30 % des femmes, il touche plus le haut de la hiérarchie sociale et est effectivement largement dû à des gynécologues.

Du côté des médecins généralistes : une place à géométrie variable ?

Les questions d'accès ne se posent pas pour les MG, qui sont les seuls médecins consultés par l'ensemble de la population. Bien que des problèmes de densité médicale insuffisante existent par endroits, ils exercent sur tous les types de territoire. L'accessibilité économique au généraliste est globalement bonne : moins de 10 % d'entre eux, en fin de carrière, exercent en secteur 2. Se pose en revanche la question de leur investissement très inégal dans les dépistages gynécologiques. Si l'identité collective des MG a souffert d'un côté « variable d'ajustement du système de soins » (Bloy, 2008), des généralistes ont tiré parti de cette indétermination en définissant eux-mêmes le périmètre de ce qu'ils souhaitaient prendre en charge ou non. Nous avons étudié précisément cet investissement en gynécologie (Adhéra, 2013; Chambon Casanova, 2012; Gueugnier-Honvault, 2012) et d'autres recherches appuient nos constats (Liberalotto, 2012)¹⁰. Certaines MG femmes (compte tenu de la tendance persistante à une division sexuée du travail médical) ont développé une spécialisation informelle (Giami, 2010) en gynécologie, sur la base d'une formation complémentaire et/ou d'une expérience soutenue. Elles peuvent bénéficier d'une réputation locale et d'adressage de confrères, jusqu'à y consacrer au final une partie non négligeable de leur activité. Au pôle opposé, d'autres ne font de la gynécologie que quand ils ne peuvent l'éviter, sur demande expresse de la patiente et presque jamais en prévention.

La réalisation de l'examen gynécologique nécessaire au frottis (comme d'ailleurs la palpation des seins), est directement liée à leurs dispositions ou réticences à accéder en prévention (c'est-à-dire sans motif d'appel évident dans une plainte) à ces parties du corps des femmes. Ces inclinations personnelles qui se nichent dans « les flous du métier » (Bloy et Schweyer, 2010) sont surdéterminées par les rapports sociaux entre les sexes et par la formation pratique dispensée en gynécologie, perfectible¹¹.

La compréhension des logiques d'action passe ici par un retour sur les particularités de l'examen gynécologique et les conditions sociales délicates de son inscription dans une consultation de médecine générale qui n'y est pas dédiée. Intégrer de façon fluide cet examen, sans éprouver ni susciter de gêne, semble un défi pour beaucoup d'entre eux – notamment des

¹⁰ N. Liberalotto a consacré sa thèse de sociologie à l'activité de dépistage des cancers gynécologiques des MG. Si elle rend compte de la diversité des investissements et des logiques des pratiques, les caractéristiques socio-économiques des femmes dépistées restent un point aveugle de son travail. Comme dans notre propre corpus, les praticiens évoquent la diversité des femmes en termes de capacités cognitives, de compréhension linguistique, de *background* culturel et religieux ou de profil psychologique, sans prise en compte du gradient social existant pour ces soins. Le lien entre les positionnements des professionnels étudiés et la production d'inégalités sociales de santé n'a pas été interrogé.

¹¹ Avant 2018, le stage d'internat de gynécologie n'était pas obligatoire pour les futurs MG et une minorité des étudiants passaient dans ce type de service (Gelly, 2006). L'obligation de stage en gynécologie peine toujours à être satisfaite, faute de places disponibles, mais la généralisation est en cours. Contrairement à une idée répandue, la féminisation déjà ancienne des promotions de jeunes diplômés n'a pas conduit à plus de frottis réalisés parmi les jeunes praticiennes (Poncet *et al.*, 2015).

hommes. P. Urfalino *et al.* ont les premiers décrypté, avant la généralisation du DO, comment la question de l'examen des seins hors demande spécifique de la patiente, compliquait l'abord de la mammographie de dépistage en médecine générale (Urfalino *et al.*, 2001)¹². A. Giami a montré les risques d'érotisation, ou de soupçon d'agression sexuelle, anticipés par des hommes lorsqu'il s'agit d'examiner les seins ou la sphère génitale des femmes (Giami, 2010). L. Guyard a décrit, quant à elle, divers petits rituels observés pour rendre l'examen gynécologique acceptable par les femmes et praticable par les médecins, même dans le cadre mieux établi d'une consultation chez le gynécologue (Guyard, 2008). Les travaux convergent pour souligner l'impossible banalité de ces examens dans un contexte qui n'est ni hospitalier ni strictement gynécologique. Ces analyses précieuses sur le déroulement des interactions se sont toutefois peu intéressées aux caractéristiques sociales des patientes consultant en gynécologie¹³.

Même s'ils n'entendent pas accéder au corps pour réaliser ces examens, les MG peuvent en théorie en expliquer la pertinence, inviter à ce qu'ils soient pratiqués ailleurs, rappeler les dates auxquelles ils redeviennent indiqués. Dans un jeu d'anticipation des difficultés évoquées plus haut, quelques médecins hommes disent inciter les patientes à les réaliser auprès de consœurs, ou prescrire le frottis en proposant un prélèvement en laboratoire¹⁴. Idéalement, ne pas procéder à l'examen pourrait constituer une facilité plutôt qu'une limite pour aborder ces questions de façon oblique, en s'inquiétant simplement des échéances des dépistages de femmes venues consulter pour autre chose. Dans les faits, cette dissociation est loin d'être instituée et ce modèle de pratique resterait largement à inventer : les MG peinent à stabiliser un suivi des échéances des dépistages à distance ou « sans contact ». Ceux qui ne sont pas investis dans le suivi gynécologique sont plutôt dans une modalité de délégation au gynécologue supposé suivre la patiente, dès lors que la femme a indiqué à l'ouverture du dossier « en avoir un ». Les informations sur la date des examens sont, on l'a vu, souvent incomplètes ou absentes (notamment pour le frottis des femmes défavorisées). Les formes de « présentisme » repérées par les sociologues au sein des fractions les moins stabilisées des classes populaires rendraient pourtant ce suivi précieux : divers travaux ont pu montrer que le manque de ressources et la précarité des conditions d'existence tendent à produire un enfermement dans le présent, *via* une dégradation du rapport à l'avenir et un désajustement aux temporalités ordinaires des institutions (Millet et Thin, 2005; Tarantini *et al.*, 2014). Y. Ruelle a même observé que ces dates n'étaient généralement exploitables que lorsque les MG avaient eux-mêmes réalisé ou prescrit le frottis (Ruelle, 2009).

En résumé, l'implication peut varier du tout au tout d'un généraliste à l'autre, elle est à géométrie variable selon les compétences et appétences du médecin, mais pas forcément selon la situation des femmes vis-à-vis de ces dépistages. Le rattrapage des inégalités sociales qu'entraînent les difficultés d'accès aux gynécologues peut difficilement s'opérer dans ce contexte.

¹² L'intérêt de la palpation des seins pour détecter des nodules potentiellement cancéreux que la femme n'aurait pas identifiés n'est pas démontré. Cet acte fait néanmoins traditionnellement partie des attentes et des craintes liées à la consultation de prévention gynécologique. Il est difficile de l'en dissocier, et donc de venir sur ces terrains de façon sereine, sans que la femme s'inquiète d'avoir à dévoiler son intimité corporelle ou à opposer au médecin un refus pouvant signifier une défiance dans la relation.

¹³ Le souci de relier le local et le structurel dans la production des inégalités sociales de santé constitue une tendance forte ces dernières années en sociologie de la santé, dans laquelle nous souhaitons nous inscrire (Baudelot *et al.*, 2016; Bloy *et al.*, à paraître).

¹⁴ Les sages-femmes n'ont jamais été mentionnées par les MG dans Prev Quali, peut-être pour une raison de date.

Coordination inexistante ou division des tâches dysfonctionnelle entre professionnels : mais que fait la régulation publique ?

Les tarifs, la répartition et la démographie (voir *infra*) des gynécologues ne les rendent pas accessibles à toutes. Dans le même temps, la consultation gynécologique telle qu'ils l'ont structurée, demeure le modèle de référence du suivi gynécologique, transposable avec difficulté en médecine générale du fait de considérations de pudeur partagées ou anticipées. Dans un modèle social où les femmes d'un certain niveau social ont pris l'habitude de consulter directement leur gynécologue, le choix d'investir ce territoire ou non est laissé, pour l'essentiel, à chaque généraliste, sans régulation d'ensemble. Nos entretiens et des analyses contextuelles menées par ailleurs sur le Baromètre santé médecins généralistes 2009 de l'INPES (Maj, 2015), ont recherché si l'investissement des MG en gynécologie dépendait de la présence de gynécologues médicaux à proximité, et donc d'une forme d'état des besoins locaux. C'est partiellement vrai, les MG prenant par exemple davantage en charge la gynécologie en milieu rural, sans que ce lien soit suffisamment étroit pour qu'un relais soit pris automatiquement chaque fois que l'accès des femmes aux gynécologues se complique ou se réduit. L'existence d'une marge d'adaptation au contexte de la part des MG ne suffit donc pas à garantir une régulation spontanée de l'offre pour ces soins. En entretien, plusieurs hommes en fin de carrière ont dit constater la raréfaction de l'offre de gynécologie de proximité sans pour autant réinvestir ces soins (ils rapportent souvent les avoir désinvestis en début de carrière, suite aux réticences des patientes). Alors que la technicité de l'acte est faible et que des solutions alternatives de prélèvement existent, tout se passe comme si des compétences et habiletés, ou simplement l'intérêt pour la pratique, étaient perdus.

L'analyse des relations entre les MG et les autres professionnels de la prévention n'a pu être menée dans Prev Quali que du point de vue des MG. La communication entre ces deux segments du corps médical semble indigente sur ces dépistages, *a fortiori* quand les résultats sont normaux (quand coordination il y a, elle serait directement le fait des femmes).

Apparaît surtout, à l'évocation des gynécologues, une vraie difficulté de positionnement et de valorisation des MG (Bordiec, 2013). Certains, proches de la santé publique, développent une critique aiguisée des pratiques de gynécologues, leur reprochent de surdépister leurs patientes sans justification scientifique ; d'autres, mettant plutôt en doute le bien-fondé des recommandations, cherchent à prendre appui sur ces pratiques de spécialistes, dans l'idée de s'en approcher pour pouvoir offrir à leurs patientes le même niveau de service (Adhéra, 2013; Bloy et al., 2015). Dans les deux cas, un malaise provient de ce que l'opinion, ou directement les patientes, créditent logiquement les spécialistes en gynécologie d'un surcroît d'expertise et de compétence sur ces dépistages, là où une pratique équivalente, voire plus proche des recommandations, en médecine générale se trouve moins valorisée à la fois économiquement et dans les représentations.

Des tentations de disqualification peuvent s'expliquer par des relations de concurrence mais trouvent aussi leurs racines dans l'histoire longue. Nous avons développé ailleurs des analyses du manque de consistance identitaire et de la faible légitimité historique de la médecine générale (Bloy, 2010, 2008). Une clarification du mandat social des MG est récemment intervenue, dans un mouvement de définition du territoire propre des soins primaires. Cela passe notamment par la reconnaissance officielle d'une « spécialité médecine générale » et l'instauration d'une forme de *gate keeping* pour donner plus de consistance au rôle de coordinateur du généraliste. En matière de prévention gynécologique, le paiement à la performance qui complète les honoraires des MG n'intègre-t-il pas désormais dans leur rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) le taux de patientes éligibles à jour pour les deux dépistages gynécologiques ? Cela quel qu'en soit le prescripteur... Pourtant, l'accès direct aux gynécologues, sans pénalité financière, a été maintenu lors de la réforme du médecin traitant, qui a au fond entériné les usages pour cette spécialité. Les gynécologues ont

donc conservé une pratique très autonome vis-à-vis des MG choisis comme médecins traitants par leurs patientes plutôt que d'évoluer vers une place de spécialiste correspondant.

Du côté des gynécologues médicaux, les hésitations des pouvoirs publics dans la régulation de la spécialité produisent des effets paradoxaux. Malgré son rétablissement symbolique en 2004, la rareté des gynécologues médicaux est organisée : une vingtaine sont formés chaque année et l'âge moyen atteint 60 ans. Le remplacement des départs en ville est rendu impossible. Dans ce contexte, les délais d'attente ne peuvent que se rallonger et les honoraires dériver¹⁵. Les patientes les moins régulières ou les moins fortunées risquent d'en faire les frais si des relais efficaces ne sont pas constitués et disponibles ailleurs.

Si les formes de l'interdépendance des prescripteurs/réalisateurs des examens et leurs conséquences en termes de différenciation sociale des dépistages ne semblent pas avoir été pensées de façon systémique, l'institution d'un DO constitue une réponse *a priori* pertinente au problème d'une coordination dysfonctionnelle et inégalitaire. Il limite effectivement les inégalités pour le dépistage du cancer du sein, puisque le DO est devenu le principal prescripteur pour les femmes du bas de la hiérarchie sociale¹⁶. Cela ne semble pas avoir reconfiguré fondamentalement les pratiques des MG : interrogés sur la manière dont ils s'intègrent à ce dispositif, ils en reconnaissent l'utilité sans s'y retrouver complètement (Adhéra, 2013; Bloy *et al.*, 2015). Bien qu'ils conservent théoriquement un rôle d'accompagnement auprès des femmes hésitantes ou en demande d'explications, ils se reposent sur le programme et tendent à moins s'impliquer dans ce dépistage. Les entretiens révèlent que les MG se sentent plus valorisés et impliqués lorsqu'ils ont la main sur la prescription, au titre du DI¹⁷. Il reste donc à voir ce que la généralisation du DO du cancer du col de l'utérus produira dans la durée comme effet d'entraînement ou de marginalisation des MG. Le courrier du DO procède à un rappel des échéances mais ne règle en rien la question de la réalisation du frottis pour toutes les femmes sur tout le territoire. L'arrivée des sages-femmes sur ce dépistage renforce opportunément l'offre de soins. Si leur nombre est en nette augmentation, elles restent loin d'avoir le poids démographique des MG, sont inégalement réparties sur le territoire (les libérales notamment) et ont d'autres missions à assurer en priorité (Cavillon, 2012). L'introduction de procédures d'auto-prélèvement serait elle aussi susceptible de déplacer les lignes professionnelles. Elle réduit la dépendance des femmes aux gestes médicaux mais son effet sur les inégalités sociales de dépistage est *a priori* ambigu (Mejer *et al.*, 2009).

Conclusion

Les flottements de la division des tâches entre prescripteurs et le rattachement historique des dépistages gynécologiques à des spécialistes de premier recours constituent le terreau sur lequel se sont épanouies des inégalités sociales de dépistage, particulièrement choquantes dans le cas du cancer du col utérin. Les dysfonctionnements pointés dans la division du suivi gynécologique et des dépistages sont à resituer dans l'histoire des deux groupes professionnels considérés et de la manière dont ils se trouvent impactés par des choix de

¹⁵ Sur la question de la limitation des dépassements d'honoraires et des refus de patients CMU, un timide avenant conventionnel a été signé en 2013 avec les syndicats de médecins libéraux, qui est loin d'avoir calmé le jeu en gynécologie.

¹⁶ Point confirmé par une méta-analyse sur le sujet des dépistages des cancers gynécologiques, qui conclut au caractère plus égalitaire des DO (Palencia *et al.*, 2010).

¹⁷ Les prescriptions de DI restent possibles (et remboursées au tarif opposable) chaque fois que le médecin le juge approprié. Les relations que les gynécologues de ville entretiennent avec le système du DO et la façon dont ils orientent tantôt vers le DO ou vers le DI ne semblent pas avoir été étudiées. Des travaux observent toutefois que des femmes favorisées consultant le plus en gynécologie répugnaient à faire confiance à un DO « pour les pauvres, pas suivies », que leur gynécologue ne semblait pas valoriser non plus (Kalecinski *et al.*, 2015).

régulation publique. Les tensions se font grandes autour de ces dépistages : doute scientifique, dégradation durable de l'accès aux gynécologues, subsidiarité à la fois imparfaite et mal vécue par les MG.

La mise en regard des méthodes, des disciplines et des échelles d'analyse nous a conduits à articuler des directions de recherche habituellement disjointes sur cette question des soins gynécologiques, en mettant en relation logiques professionnelles, organisation lâche du système de soins (Bourgueil *et al.*, 2009), et fabrique des inégalités sociales de santé. Les travaux épidémiologiques sont indispensables pour prendre la mesure de ces inégalités produites en routine, et parfois en toute naïveté, par les prescripteurs au sein d'un système de soins mal coordonné. Pour les dépistages considérés, l'analyse de la variable « dernier prescripteur » a fait apparaître de façon saisissante des filières informelles de suivi gynécologique socialement différenciées, qui laissent de côté beaucoup de femmes des milieux populaires. Progresser dans la compréhension des logiques professionnelles produisant une distribution des soins aussi inégalitaire requiert l'apport des sciences sociales, dans une modalité de collaboration qui n'en émousse pas la portée critique. Il convient pour cela de rapporter plus systématiquement la finesse des observations et de la compréhension des logiques d'action à l'échelle micro aux structures du système des soins produisant des inégalités sociales, et à leur dynamique historique.

Encadré 1 – Deux enquêtes originales

Prev Quanti (Rigal *et al.*, 2010) est une enquête épidémiologique transversale réalisée en 2008-2009 et portant sur les pratiques préventives de 52 médecins généralistes libéraux maîtres de stage, c'est-à-dire accueillant des étudiants à leur cabinet, de deux facultés de médecine franciliennes. Soixante-dix patients (35 hommes et 35 femmes) âgés de 40 à 74 ans ont été tirés au sort dans la liste médecin traitant des patients de chaque médecin (n = 3 600 ; taux de participation patients : 72 %). Les informations sur les principales mesures de prévention recommandées (dépistage des cancers gynécologiques et colorectaux, tabagisme et consommation d'alcool, alimentation et activité sportive, estimation des risques cardiovasculaires) ont été séparément collectées auprès des patients et extraites de leur dossier médical. L'étude visait à évaluer la qualité des soins préventifs dispensés et les éventuels gradients sociaux dans les soins, selon plusieurs indicateurs de position sociale (profession, diplôme, situation financière perçue). Pour les dépistages des cancers gynécologiques, l'étude a considéré plusieurs niveaux de variables : le statut à jour des patientes, mais aussi des indicateurs de procédure comme le type de médecin prescripteur (selon les patientes) et le renseignement du statut des patientes dans le dossier des généralistes médecins traitants.

Prev Quali (Bloy et Rigal, 2011) est une enquête sociologique qualitative par entretiens semi-structurés menée en 2009-2010 auprès d'un échantillon diversifié de 99 médecins généralistes franciliens. Elle a porté sur les mêmes pratiques de prévention et dépistage que Prev Quanti. Au-delà de l'abord transversal des pratiques et des styles préventifs, un ou deux soins spécifiques ont été approfondis avec chaque praticien. Le frottis a été spécifiquement exploré avec 25 médecins (Gueugnier-Honvault, 2012), la mammographie de dépistage avec 34 autres (Adhéra, 2013; Bloy *et al.*, 2015). L'approche en enquête était compréhensive et non normative. Les indices d'éventuelles variations sociales des pratiques et les relations des généralistes aux autres professionnels de la prévention ont été particulièrement scrutés (Bloy *et al.*, à paraître; Bordiec, 2013; Richerand, 2015).

Encadré 2 - La gynécologie médicale, une histoire française ?

La question de l'unification de la gynécologie médicale, la chirurgie gynécologique et l'obstétrique s'est posée en France, comme ailleurs, dès le XIX^e siècle, mais sa résolution y a pris un tour original (Weisz, 2006). Qualifiée après-guerre comme compétence, plutôt que comme spécialité, la gynécologie médicale n'obtient son certificat d'étude spéciale qu'au début des années 1960. Dans le cadre hospitalo-universitaire très hiérarchisé, elle n'a jamais conquis une légitimité équivalente à celle de l'obstétrique. Cette moindre reconnaissance n'a pas empêché des chefs de service influents de développer, notamment à l'hôpital Necker, une tradition nationale de traitements hormonaux et de la promotion (Dagnaud et Mehl, 1988a, 1988b; Delanoë, 2006; Löwy et Weisz, 2005; Sallès, 2004).

La gynécologie médicale a rencontré le mouvement des femmes de façon singulière en France, à l'occasion des combats pour la légalisation de la contraception orale puis de l'avortement (Garcia, 2005). Ces gynécologues ont conquis sur cette base leur clientèle en ville, les femmes des classes moyennes et supérieures prenant certaines habitudes de consultation, dans une forme de « socialisation gynécologique » qui a marginalisé les généralistes sur ces soins. Cette rencontre entre un segment professionnel et son public a pu être présentée comme une « secrète alliance », une « complicité » nourrie d'une proximité de génération, de genre et de culture (Dagnaud et Mehl, 1988b). La gynécologie médicale s'est ainsi trouvée symboliquement et durablement associée à l'accession des femmes à une meilleure maîtrise de leur corps *via* un modèle contraceptif là encore spécifique à la France (Amsellem-Mainguy, 2011; Bajos et Ferrand, 2005; Garcia, 2005; Mathieu et Ruault, 2014; Roux *et al.*, 2017).

À compter des années 1980, la prévention des cancers gynécologiques s'est greffée sur le *pattern* de suivi gynécologique ainsi constitué. Le statut et le territoire propres de la gynécologie médicale sont restés cependant fragiles, au point d'être mis en cause lors de la réforme des études médicales de 1984 qui a retiré à la gynécologie médicale son statut de spécialité autonome dans un contexte d'harmonisation européenne des diplômes, et mis un terme provisoire à la formation de nouveaux spécialistes. Même si les gynécologues médicaux formés conservaient leur titre et leur activité, la « normalisation » d'une exception française semblait engagée et la spécialité devait s'éteindre progressivement. Au tournant des années 2000, les gynécologues médicaux ont déployé un important travail de conviction vis-à-vis de l'État et de mobilisation de leurs patientes. Le Comité de défense de la gynécologie médicale a réussi à produire deux millions de signatures en faveur de la restauration de la spécialité. L'argumentaire du comité a mis en exergue, avec des accents universalistes, le « droit de toutes les femmes » à « une spécialité sur mesure pour les femmes d'aujourd'hui » et fait valoir que le découplage de la gynécologie médicale de la chirurgie préservait les Françaises de chirurgies mutilantes pratiquées ailleurs. Ce *lobbying* a porté ses fruits, au moins provisoirement, avec le rétablissement la gynécologie médicale, lors de la réforme du troisième cycle de 2003-2004.

Plus récemment, l'image d'une spécialité bienveillante et proche des femmes s'est vue égratignée par des inquiétudes autour de la sécurité de certains traitements et examens prescrits à des générations de femmes en bonne santé sans vigilance particulière (Fillion et Torny, 2015; Löwy et Gaudillière, 2006), et par une prise de parole publique des femmes sur des expériences vécues de maltraitance gynécologique (Déchalotte, 2017). Les travaux contemporains développent un regard plus critique. La consultation gynécologique a fait l'objet d'une étude ethnographique approfondie qui privilégie l'analyse des interactions en consultation et éclaire l'expérience des femmes, dans une perspective critique de la médicalisation du corps féminin (Guyard, 2010, 2008). Le travail des gynécologues médicaux a aussi été considéré en sociologie politique pour son pouvoir de normalisation de la féminité

aux différents âges (Ruault, 2015; Mathieu et Ruault, 2014). La thèse en cours d'A. Koechlin prend directement pour objet la constitution de la spécialité et l'évolution de ses fonctions.

Tableau 1. Statut vis-à-vis du dépistage selon différents indicateurs de position sociale

	Haut	Profession		Bas	Haut	Éducation		Haut	Situation financière		Bas
	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Professions intermédiaires	Employés	Ouvriers	Enseignement supérieur	Bac	< Bac	« Très à l'aise »	à « Ça va »	« C'est juste »	« N'y arrive pas »
Dépistage du cancer du col											
Non à jour (vs à jour)	1 (n =932) 0,0003	1,64 (1,07-2,52)	2,04 (1,36-3,07)	4,63 (1,91-11,22)	1 (n = 963) < 0,0001	1,55 (1,08-2,24)	3,57 (2,24-5,69)	1 (n = 956) 0,04	1,24 (0,71-2,17)	1,84 (1,03-3,28)	2,23 (1,01-4,93)
Dépistage du cancer du sein											
Non à jour (vs à jour)	1 (n =655) 0,07/0,01	1,40 (0,84-2,33)	1,69 (1,03-2,77)	2,90 (1,13-7,48)	1 (n = 697) 0,37	1,34 (0,88-2,03)	1,04 (0,60-1,80)	1 (n = 696) 0,03	0,84 (0,46-1,53)	1,21 (0,65-2,28)	2,67 (1,04-6,81)

Lecture : À l'intérieur de chaque case du tableau se trouve un *odd ratio* et en dessous son intervalle de confiance à 95 %. Au niveau de la catégorie de référence (OR = 1), systématiquement située en haut de l'échelle sociale, se trouve l'effectif entre parenthèses et en dessous le p global (éventuellement suivi d'un p de tendance).

Note : Tous les modèles sont ajustés sur l'âge des patients (divisé en intervalles de cinq ans), le suivi médical (nombre de consultations dans l'année écoulée, divisé en quatre classes : 0, 1, 2 et 3 consultations ou plus ; antériorité du suivi, divisé en trois classes, avec des seuils à 1 et 3 ans – informations recueillies auprès du médecin) et l'indice de masse corporelle (divisé en trois classes, avec des seuils à 25 et 30 kg/m² – poids et taille recueillis auprès du patient).

Champ : Femmes de 40 à 74 ans éligibles aux dépistages des cancers gynécologiques, tirées au sort dans les patientèles des médecins traitants.

Source : Étude Prev Quanti.

Tableau 2. Prescripteur du dernier test de dépistage selon différents indicateurs de position sociale

	Haut	Profession		Bas	Haut	Éducation		Bas	Haut	Situation financière		Bas
	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Professions intermédiaires	Employés	Ouvriers	Enseignement supérieur	Bac	< Bac		« Très à l'aise »	à « Ça va »	« C'est juste »	« N'y arrive pas »
Prescripteur du dernier frottis												
Généraliste (vs gynécologue)	1 (n =932) 0,004	0,98 (0,54-1,78)	2,41 (1,42-4,10)	2,15 (0,57-8,21)	1 (n = 957) 0,04	1,14 (0,69-1,89)	2,41 (1,21-4,77)		1 (n = 948) 0,17	0,61 (0,31-1,17)	0,96 (0,48-1,93)	1,18 (0,44-3,18)
Prescripteur de la dernière mammographie												
Gynécologue (vs généraliste ou dépistage organisé)	1 (n =680) 0,0002	0,63 (0,42-0,96)	0,48 (0,32-0,73)	0,17 (0,06-0,45)	1 (n = 723) < 0,0001	0,60 (0,41-0,86)	0,30 (0,18-0,48)		1 (n =721) <0,0001	0,53 (0,30-0,92)	0,28 (0,15-0,50)	0,31 (0,11-0,86)
Généraliste (vs gynécologue ou dépistage organisé)	1 (n =680) 0,57/0,16	1,20 (0,69-2,11)	1,39 (0,81-2,39)	1,78 (0,64-4,98)	1 (n = 723) 0,02	0,97 (0,59-1,60)	2,14 (1,20-3,81)		1 (n = 721) 0,21	0,95 (0,47-1,90)	1,47 (0,72-3,04)	1,84 (0,58-5,85)
Dépistage organisé (vs généraliste ou gynécologue)	1 (n =680) 0,002	1,57 (0,98-2,51)	2,04 (1,29-3,22)	4,24 (1,78-10,07)	1 (n = 723) 0,0005	1,99 (1,33-2,99)	2,35 (1,42-3,91)		1 (n = 721) 0,002	2,66 (1,29-5,47)	4,19 (1,99-8,84)	3,23 (1,00-10,4)

Lecture : À l'intérieur de chaque case du tableau se trouve un *odd ratio* et en dessous son intervalle de confiance à 95 %. Au niveau de la catégorie de référence (OR = 1), systématiquement située en haut de l'échelle sociale, se trouve l'effectif entre parenthèses et en dessous le p global (éventuellement suivi d'un p de tendance).

Note : Tous les modèles sont ajustés sur l'âge des patients (divisé en intervalles de cinq ans), le suivi médical (nombre de consultations dans l'année écoulée, divisé en quatre classes : 0, 1, 2 et 3 consultations ou plus ; antériorité du suivi, divisé en trois classes, avec des seuils à 1 et 3 ans – informations recueillies auprès du médecin) et l'indice de masse corporelle (divisé en trois classes, avec des seuils à 25 et 30 kg/m² – poids et taille recueillis auprès du patient).

Champ : Femmes de 40 à 74 ans éligibles aux dépistages des cancers gynécologiques, tirées au sort dans les patientèles des médecins traitants.

Source : Étude Prev Quanti.

Tableau 3. Date d'un test de dépistage renseigné dans le dossier des généralistes selon différents indicateurs de position sociale

	Profession				Éducation			Situation financière				
	Haut	Profession		Bas	Haut	Éducation		Bas	Haut	Situation financière		Bas
	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Professions intermédiaires	Employés	Ouvriers	Enseignement supérieur	Bac	< Bac		« Très à l'aise »	à « Ça va »	« C'est juste »	« N'y arrive pas »
Date de réalisation d'un frottis												
Présence (vs absence)	1 (n = 1 000) 0,1	0,92 (0,61-1,41)	1,19 (0,78-1,81)	0,28 (0,08-0,94)	1 (n = 1 033) 0,8	1,01 (0,70-1,47)	0,84 (0,48-1,48)		1 (n = 1 025) 0,8	0,80 (0,48-1,35)	0,91 (0,52-1,59)	0,91 (0,40-2,08)
Date de réalisation d'une mammographie												
Présence (vs absence)	1 (n = 695) 0,4	1,27 (0,82-1,98)	1,48 (0,96-2,30)	1,19 (0,46-3,10)	1 (n = 739) 0,8/0,5	1,03 (0,70-1,51)	1,20 (0,71-2,01)		1 (n = 738) 0,03	1,30 (0,76-2,22)	2,08 (1,16-3,73)	2,26 (0,82-6,23)

Lecture : À l'intérieur de chaque case du tableau se trouve un *odds ratio* et en dessous son intervalle de confiance à 95 %. Au niveau de la catégorie de référence (OR = 1), systématiquement située en haut de l'échelle sociale, se trouve l'effectif entre parenthèses et en dessous le p global (éventuellement suivi d'un p de tendance).

Note : Tous les modèles sont ajustés sur l'âge des patients (divisé en intervalles de cinq ans), le suivi médical (nombre de consultations dans l'année écoulée, divisé en quatre classes : 0, 1, 2 et 3 consultations ou plus ; antériorité du suivi, divisé en trois classes, avec des seuils à 1 et 3 ans – informations recueillies auprès du médecin) et l'indice de masse corporelle (divisé en trois classes, avec des seuils à 25 et 30 kg/m² – poids et taille recueillis auprès du patient).

Champ : Femmes de 40 à 74 ans éligibles aux dépistages des cancers gynécologiques, tirées au sort dans les patientèles des médecins traitants.

Source : Étude Prev Quanti.

Références bibliographiques

- Aballea P., Bartoli F., Eslous L., Yeni I. (2007), « Les dépassements d'honoraires médicaux », Rapport n°RM 2007-054P, IGAS.
- Abbott A. (1988), *The system of Profession. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago and London, The University of Chicago Press.
- Adhéra N. (2013), « Les médecins généralistes et les dépistages organisés des cancers. Enquête qualitative auprès de médecins franciliens », Thèse d'exercice de médecine, université Paris-Descartes.
- Amsellem-Mainguy Y. (2011), « Enjeux de la consultation pour la première contraception. Jeunes femmes face aux professionnels de santé », *Santé Publique*, 23, p. 77-87.
- ANAES-Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (1999), « Modalités de dépistage du cancer du sein par mammographie dans la population générale ».
- ANDEM-Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (1995), « Pratique des frottis cervicaux pour le dépistage et diagnostique biologique du cancer du col ».
- Arbyn M., Kyrgiou M., Simoens C., Raifu A.O., Koliopoulos G., Martin-Hirsch P., Prendiville W., Paraskevaidis E. (2008), « Perinatal Mortality and other Severe Adverse Pregnancy outcomes Associated with Treatment of Cervical Intraepithelial Neoplasia : Meta-analysis », *British Medical Journal*, 337, a1284 [en ligne] <https://doi.org/10.1136/bmj.a1284>
- Bajos N., Ferrand M. (2005), « Contraception et Avortement », in Maruani M. (ed.), *Femmes, Genre, Société*, Paris, La Découverte.
- Baudelot C., Caillé Y., Godechot O., Mercier S. (2016), « Maladies rénales et inégalités sociales d'accès à la greffe en France », *Population*, 71, p. 23-52.
- Binder-Foucard F., Bossard N., Delafosse P., Belot A., Woronoff A.-S., Remontet L., French network of cancer registries (Francim) (2014), « Cancer Incidence and Mortality in France over the 1980-2012 Period : Solid Tumors », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 62, p. 95-108 [en ligne] <https://doi.org/10.1016/j.respe.2013.11.073>
- Bloy G. (2010), « La constitution paradoxale d'un groupe professionnel », in Bloy G., Schweyer F.-X. (eds.), *Singuliers Généralistes*, Rennes, Presses de l'EHESP.
- Bloy G. (2008), « Une médecine générale durablement dépréciée ? Enquête sur une évidence », in ONDPS (ed.), Rapport 2006-2007, Tome 1 : Médecine Générale.
- Bloy G., Adhéra N., Rigal L. (2015), « Quand des médecins libéraux participent à une politique publique sans s'y impliquer : les généralistes et le dépistage organisé des cancers », in Meidani A., Legrand E., Jacques B. (eds.), *La Santé : du public à l'intime*, Rennes, Presses de l'EHESP.
- Bloy G., Richerand N., Rigal L. (à paraître), « Le social à l'épreuve, l'épreuve du social. Ou l'art d'accommoder la position sociale des patients dans le travail préventif en médecine générale », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*.
- Bloy G., Rigal L. (2011), « Pratiques préventives en médecine générale : Une analyse qualitative par entretiens », Rapport de recherche pour l'Union régionale des professions de santé - Médecins libéraux d'Île-de-France.
- Bloy G., Schweyer F.-X. (2010), *Singuliers généralistes - Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP.
- Bordiec M. (2013), « Quel est le positionnement des médecins généralistes par rapport aux divers acteurs de la prévention ? Enquête qualitative auprès de médecins généralistes franciliens », Thèse d'exercice de médecine, université Paris-Descartes.

- Bouchardy C., Verkooijen H.M., Fioretta G. (2006), « Social Class is an Important and Independent Prognostic Factor of Breast Cancer Mortality », *International Journal of Cancer/Journal international du cancer*, 119, p.1145-1151 [en ligne] <https://doi.org/10.1002/ijc.21889>
- Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J. (2009), « Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande », *Questions d'économie de la santé*, n° 141, avril.
- Campergue R. (2011), *No Mammo ? Enquête sur le dépistage du cancer du sein*, Paris, Max Milo Editions.
- Carlsen K., Høybye M.T., Dalton S.O., Tjønneland A. (2008), « Social Inequality and Incidence of and Survival from Breast Cancer in a Population-based Study in Denmark, 1994-2003 », *European Journal of Cancer*, 44, 1996-2002 [en ligne] <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2008.06.027>
- Cavillon M. (2012), « La profession de sage-femme : constat démographique et projection d'effectifs », *Études et Résultats*, DREES, n°. 791.
- Chambon Casanova F. (2012), « Description et variabilité des pratiques préventives des médecins généralistes », Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine, université Paris-Descartes.
- Dagnaud M., Meh, D. (1988a), « Les gynécologues. 1 : une profession sous influence », *Sociologie du travail*, 2, p. 271-285.
- Dagnaud M., Mehl D. (1988b), « Les gynécologues. 2 : une profession influente », *Sociologie du travail*, 2, p. 287-300.
- Déchalotte M. (2017), *Le livre noir de la gynécologie*, Paris, First Editions.
- Delanoë D. (2006), *Sexe, croyances et ménopause*, Paris, Hachette.
- Desprès C. (2009), « 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 », IRDES.
- DREES (2016), *Portrait des professionnels de santé - édition 2016*, collection : « Panoramas de la DREES - Santé ».
- Duport N., Ancelle-Park R. (2006), « Do Socio-demographic Factors Influence Mammography use of French Women ? Analysis of a French Cross-sectional Survey », *European Journal of Cancer Prevention*, 15, p. 219-24 [en ligne] <https://doi.org/10.1097/01.cej.0000198902.78420.de>
- Fillion E., Torny D. (2016), « Un précédent manqué : le Distilbène® et les perturbateurs endocriniens. Contribution à une sociologie de l'ignorance », *Sciences sociales et santé*, n° 3, p. 45-75.
- Garcia S. (2005), « Expertise scientifique et capital militant », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 158, p. 96-115.
- Gelly M. (2006), *Avortement et contraception dans les études médicales - une formation inadaptée*, Paris, L'Harmattan.
- Giami A. (2010), « La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité », in Bloy G., Schweyer F.-X. (eds.), *Singuliers Généralistes*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 147-167.
- Gøtzsche C.P. (2012), *Mammography Screening - Thruth, Lies and Controversy*, London, Radcliffe.

Gueugnier-Honvault H. (2012), « Pratique du dépistage du cancer du col utérin en médecine générale. Enquête qualitative auprès de médecins franciliens », université Paris-Descartes.

Guyard L. (2010), « Des normes corporelles féminines dans la consultation gynécologique », in Guyard L., Mardon A. (eds.), *Le Corps à l'épreuve Du Genre, Entre Normes et Pratiques*, Nancy, Presses universitaires de Nancy.

Guyard L. (2008), « La médicalisation contemporaine du corps féminin : le cas de la consultation gynécologique », université Paris Ouest - Nanterre La Défense.

Hamers F., Beltzer N. (2017), « Vers la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°. 2-3.

HAS-Haute Autorité de santé (2011), « La participation au dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans en France : Situation actuelle et perspectives d'évolution ».

HAS-Haute Autorité de santé (2010), « État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France ».

Hiotis K., Ye W., Sposto R., Skinner K.A. (2005), « Predictors of Breast Conservation Therapy: Size is not all that Matters », *Cancer*, 103, p. 892-899 [en ligne] <https://doi.org/10.1002/cncr.20853>

IGAS (2007), « Les dépassements d'honoraires médicaux », Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales.

Jacques B., Penchaud A.-L. (2011), « “À partir du moment où il y a quelque chose d'anormal... on n'est plus maître de soi, c'est à eux de décider” : L'expérience des femmes dans le cas du dépistage du cancer du sein », *Sociologie Santé*, 33, p. 215-227.

Jensen K.E., Hannibal C.G., Nielsen A., Jensen A., Nohr B., Munk C., Kjaer S.K. (2008), « Social Inequality and Incidence of and Survival from Cancer of the Female Genital Organs in a Population-based Study in Denmark, 1994-2003 », *European Journal of Cancer*, 44, 2003-17 [en ligne] <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2008.06.014>

Kalecinski J., Régnier-Denois V., Ouédraogo S., Dabakuyo-Yonli T.S., Dumas A., Arveux P., Chauvin F. (2015), « Dépistage organisé ou individuel du cancer du sein ? Attitudes et représentations des femmes », *Santé Publique*, vol. 27, p. 213-220.

Kyrgiou M., Koliopoulos G., Martin-Hirsch P., Arbyn M., Prendiville W., Paraskevaïdis E. (2006), « Obstetric Outcomes after Conservative Treatment for Intraepithelial or Early Invasive Cervical Lesions : Systematic Review and Meta-analysis », *Lancet*, 367, p. 489-498 [en ligne] [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68181-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68181-6)

Kyrgiou M., Mitra A., Arbyn M., Paraskevaïdi M., Athanasiou A., Martin-Hirsch P.P.L., Bennett P., Paraskevaïdis E. (2015), « Fertility and Early Pregnancy Outcomes after Conservative Treatment for Cervical Intraepithelial Neoplasia », *Cochrane Database System Review*, CD008478 [en ligne] <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008478.pub2>

Liberalotto N.A. (2012), *L'engagement des médecins généralistes à l'égard du dépistage des cancers féminins : un révélateur de leurs positionnements face aux transformations de leur contexte d'exercice*, Rennes, Presses de l'EHESS.

Löwy I., Gaudillière J.-P. (2006), « Médicalisation de la ménopause, mouvements pour la santé des femmes et controverses sur les thérapies hormonales », *Nouvelles questions féministes*, p. 48-65.

Löwy I., Weisz G. (2005), « French Hormones : Progestins and Therapeutic Variation in France », *Social Science and Medicine*, 60, 2609-22 [en ligne] <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.10.021>

Maj C. (2015), « Pratiques de dépistage du cancer du col de l'utérus des médecins généralistes en France », Mémoire de M2, Le Kremlin-Bicêtre.

Mathieu M., Ruault L. (2014), « Prise en charge et stigmatisation des avortantes dans l'institution médicale : la classe des femmes sous surveillance », *Politix*, n° 107, p. 33-59.

Maura G., Chaignot C., Weill A., Alla F., Heard I. (2018), « Cervical Cancer Screening and Subsequent Procedures in Women under the Age of 25 Years Between 2007 and 2013 in France : a Nationwide French Healthcare Database Study », *European Journal of Cancer Prevention*, 27, 479-485 [en ligne] <https://doi.org/10.1097/CEJ.0000000000000360>

Ménoret M. (2007a), « Le risque de cancer du sein en France : un mode unique de prévention », *Risque et santé*, 39, p. 145-160.

Ménoret M. (2007b), « Informer mais convaincre : incertitude médicale et rhétorique statistique en cancérologie », *Sciences sociales et santé* 25, p. 33-54 [en ligne] <https://doi.org/10.3406/sosan.2007.1701>

Ménoret M. (2006), « Prévention du cancer du sein : cachez ce politique que je ne saurais voir », *Nouvelles Questions Feministes*, vol. 25, p. 32-47.

Menvielle G., Richard J.B., Ringa V., Dray-Spira R., Beck F. (2014), « To what Extent is Women's Economic Situation Associated with Cancer Screening uptake when Nationwide Screening Exists ? A study of Breast and Cervical Cancer Screening in France in 2010 », *Cancer Causes & Control*, CCC 25, p. 977-983 [en ligne] <https://doi.org/10.1007/s10552-014-0397-z>

Miller A.B., Wall C., Baines C.J., Sun P., To T., Narod S.A. (2014), « Twenty five Year follow-up for Breast Cancer Incidence and Mortality of the Canadian National Breast Screening Study : Randomised Screening Trial », *British Medical Journal*, 348, g366 [en ligne] <https://doi.org/10.1136/bmj.g366>

Millet M., Thin D. (2005), « Le temps des familles populaires à l'épreuve de la précarité », *Lien social et Politiques*, 54, p. 153-162.

Moser K., Patnick J., Beral V. (2009), « Inequalities in Reported use of Breast and Cervical Screening in Great Britain : Analysis of Cross Sectional Survey Data », *British Medical Journal*, 338, b2025 [en ligne] <https://doi.org/10.1136/bmj.b2025>

Olsen O., Gøtzsche P.C. (2001), Cochrane Review on Screening for Breast Cancer with Mammography, *Lancet*, 358, p. 1340-2.

Palencia L., Espelt A., Rodriguez-Sanz M., Puigpinos R., Pons-Vigues M., Pazarin M.I., Spadea T., Kunst A.E., Borrell C. (2010), « Socio-economic Inequalities in Breast and Cervical Cancer Screening Practices in Europe : Influence of the Type of Screening Program », *International Journal of Epidemiology*, 39, p. 757-765 [en ligne] <https://doi.org/10.1093/ije/dyq003>

Poncet L., Rigal L., Panjo H., Gautier A., Chauvin P., Menvielle G., Cadot E., Ringa V. (2015), « Disengagement of General Practitioners in Cervical Cancer Screening », *European Journal of Cancer Prevention* [en ligne] <https://doi.org/10.1097/CEJ.0000000000000208>

Prescrire (2006), Mammographie et dépistage du cancer du sein : pour un choix éclairé des femmes désirant participer au dépistage, n° 26, p. 348-374.

Quintin C., Rogers A. (2019), *Évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein : résultats et évolution des indicateurs de performance depuis 2004 en France métropolitaine*, Saint-Maurice, Santé Publique France.

Richerand N. (2015), « Les catégorisations sociales spontanées de patients produites par les médecins généralistes : quelles influences sur les soins préventifs ? Enquête qualitative auprès de médecins généralistes franciliens », Thèse d'exercice de médecine, université Paris-Descartes.

- Rigal L., Bloy G., Lorenzo A., Noël F., Falcoff H. (2015), « Des inégalités sociales de santé aux gradients sociaux dans les pratiques préventives des médecins généralistes », in Hervé C., Stanton-Jean M., Mamzer M.-F., Ennuyer B., *Les Inégalités sociales et la santé. Enjeux Juridiques, Médicaux et Éthiques*, Paris, Dalloz, p. 125-150.
- Rigal L., Saurel-Cubizolles M.J., Falcoff H., Bouyer J., Ringa V. (2011), « Do Social Inequalities in Cervical Cancer Screening Persist among Patients who use Primary Care ? The Paris Prevention in General Practice survey », *Preventive Medicine*, 53, p. 199-202.
- Rousseau A., Bohet P., Merlière J., Treppoz H., Heules-Bernin B., Ancelle-Park R. (2002), « Évaluation du dépistage organisé et du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus : utilité des données de l'Assurance maladie », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, p. 81-83.
- Roux A., Ventola C., Bajos N. (2017), « Des experts aux logiques profanes : les prescripteurs de contraception en France », *Sciences sociales et santé*, vol. 35, p. 41-70.
- Ruault L. (2015), « La force de l'âge du sexe faible. Gynécologie médicale et construction d'une vie féminine », *Nouvelles Questions Feministes*, vol. 34, p. 35-50.
- Ruelle Y. (2009), « Le médecin généraliste et la coordination du dépistage du cancer du col de l'utérus. Étude du contenu des dossiers médicaux de 32 médecins généralistes lorrains », Université Henri Poincaré, Nancy.
- Sallès C. (2004), « Au bénéfice du doute, les “notables de la ménopause” face aux risques du Traitement Hormonal Substitutif », Rapport de recherche pour la MiRe DREES.
- Sassenou J. (2018), « Surdépistage par frottis-cervico-utérin. Données de la cohorte Constances », université Paris-Descartes.
- Sawaya G.F. (2009), « Cervical-cancer Screening. New Guidelines and the Balance Between Benefits and Harms », *The New England journal of medicine*, 361, 2503-5 [en ligne] <https://doi.org/10.1056/NEJMp0911380>
- Tarantini C., Vergelys C., Peretti-Watel P. (2014), « Pauvreté, “présentisme” et prévention », *Temporalités*, n° 19.
- Thebault J.-L., Ringa V., Bloy G., Pendola-Luchel I., Paquet S., Panjo H., Delpech R., Bucher S., Casanova F., Falcoff H., Rigal L. (2017), « Are Primary-care Physician Practices Related to Health Behaviors Likely to Reduce Social Inequalities in Health ? », *Preventive Medicine*, 99, p. 21-28 [en ligne] <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.01.023>
- Urfalino P., Bonetti E., Bourgeois I. (2001), « Les recommandations à l'aune de la pratique. Le cas de l'asthme et du dépistage du cancer du sein », Rapport du Centre de sociologie des organisations CNRS-FNSP pour l'Union régionale des médecins libéraux du Poitou-Charentes.
- U.S. Preventive Services Task Force (2002), « Screening for Breast Cancer : Recommendations and Rationale », *Annals of Internal Medicine*, 137, p. 344-346.
- von Karsa L., Anttila A., Ronco G., Ponti A., Malila N., Arbyn M., Segnan N., Castillo-Beltran M., Boniol M., Ferlay J., Hery C., Sauvaget C., Voti V., Autier P. (2008), *Cancer Screening in the European Union*, International Agency for Research on Cancer, Luxembourg.
- Weisz G. (2006), *Divide and Conquer, A Comparative History of Medical Specialization*, Oxford, Oxford University Press.