

Union régionale des médecins libéraux d'Aquitaine

Commission Evaluation

Document
provisoire

Dépistage des cancers du col en Gironde

Document de travail interne

Décembre 1997

Introduction

L'Union régionale des médecins libéraux d'Aquitaine (URMLA) a notamment pour mission de participer à l'évaluation du fonctionnement du système de santé, des comportements et pratiques médicales, à l'organisation et la régulation du système de santé ainsi qu'à la prévention et aux actions de santé publique. Dans le cadre de ces missions fixées par la loi, la commission « évaluation » de l'URLMA a jugé nécessaire de s'intéresser aux pratiques relatives aux frottis cervicaux dans la perspective d'améliorer l'efficacité du dépistage des cancers du col utérin. Cette préoccupation correspondait également à l'époque aux interrogations de certains praticiens sur l'impact possible de la référence médicale opposable sur ce thème.

La commission « évaluation » a donc mis en place un groupe de travail spécifique pour préciser la fréquence actuelle de la pratique des frottis cervicaux et, en fonction de ce premier bilan, examiner l'opportunité d'entreprendre des actions pour permettre d'améliorer la situation. Pour des raisons pratiques, ce groupe a choisi de limiter dans un premier temps sa réflexion à un seul des cinq départements aquitains, avec néanmoins la volonté de suivre une démarche qui puisse ensuite être entreprise dans les autres départements. Le département de la Gironde a été retenu en raison des contacts établis par la Commission avec le Service des actions de santé de la Direction solidarité (DSG) du Conseil général. Dans le cadre des missions des Conseils généraux en matière de prévention médico-sociale, en particulier de prévention des cancers, ce service du Conseil général de la Gironde s'interrogeait en effet sur l'existence, au sein du département, de difficultés d'accès aux soins, géographiques ou sociales. L'étude entreprise par l'URMLA rejoignant ses préoccupations, il a donc accepté d'y participer.

Il est également apparu nécessaire d'impliquer dans la réflexion et l'orientation de l'étude, quelques uns des différents intervenants médicaux, libéraux et institutionnels, susceptibles d'être concernés par les problèmes de prise en charge des cancers du col et dont la compétence dans ce domaine est reconnue par la profession (voir en annexe la composition du groupe de travail). Un représentant régional du Service médical de la Caisse nationale d'assurance maladie d'Aquitaine a aussi été associé au groupe et une collaboration méthodologique à toutes les étapes a été apportée par l'Observatoire régional de la santé d'Aquitaine (ORSA).

Le groupe de travail a ainsi pu rassembler et analyser des données statistiques en provenance :

- de structures de soins publiques et privées,*
- de laboratoires d'analyses publics et privés,*
- des services médicaux du Régime général d'assurance maladie et de la Caisse de Mutualité sociale agricole de la Gironde,*
- de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE),*
- de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM),*
- de la Caisse d'allocations familiales de la Gironde,*
- de l'Échelon statistique de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales.*

L'ensemble de ces données a fait l'objet d'une première analyse permettant de fournir des éléments sur la pratique des frottis cervicaux en Gironde en 1996. Ces informations ont permis au groupe de travail de formuler et d'ouvrir quelques pistes en vue d'une possible amélioration du service rendu à la population dans ce domaine.

Ce document comprend trois parties.

- La première est consacrée à un bref rappel des connaissances actuelles en matière de dépistage du cancer du col.

- La deuxième, basée sur les données disponibles pour l'ensemble du département, porte sur la situation en Gironde.

- La troisième présente les orientations proposées par le groupe de travail.

Données actuelles sur le dépistage du cancer du col

Le seul moyen de dépistage de masse du cancer du col utérin qui ait fait la preuve de son efficacité est le frottis cervical pour examen cytologique⁽⁹⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁾. L'efficacité de la démarche de dépistage implique un suivi des femmes après le frottis afin de déceler les faux négatifs (qui seront découverts ultérieurement) et d'enregistrer les protocoles thérapeutiques des cas positifs.

La diversité démographique et sanitaire est un facteur notable jouant un rôle sur la variabilité de la mortalité et la morbidité entre les départements d'une région. La densité inégale de spécialistes joue certainement un rôle sur le niveau du dépistage (frottis réalisés dans 85 % des cas par un spécialiste et dans 15 % des cas par un généraliste)⁽¹⁻¹³⁻²⁾.

À l'heure actuelle en France⁽²⁾, 80 % des 4 millions de frottis cervicaux annuels sont réalisés avant 50 ans alors qu'au moment où les cancers invasifs atteignent les taux d'incidence les plus élevés, seulement 20 % des femmes ont des frottis. Les cancers d'intervalle développés entre deux frottis sont toujours possibles même avec des frottis annuels mais sont rares.

Le frottis a une sensibilité de l'ordre de 50 %, qui augmente avec sa répétition et peut atteindre 90 % (plus la sensibilité d'un test est basse, plus le risque de passer à côté d'un cancer ou d'une lésion pré-cancéreuse est grand).

Par contre, le frottis de dépistage a une bonne spécificité, une anomalie sur un frottis sera confirmée dans 98 % des cas permettant de limiter les surcoûts du dépistage du cancer du col utérin.

Pour renouveler ce frottis il faut respecter une périodicité. Si l'on s'intéresse à toute la population des femmes de 20 à 64 ans, et si l'on fait un frottis tous les ans, on obtient une réduction d'incidence de 93 %. Elle est de 87 % si l'on fait un frottis tous les trois ans. L'étude des coûts incite à choisir une périodicité de trois ans puisque l'on a un taux d'efficacité voisin à un coût bien moindre⁽⁴⁻⁵⁻⁶⁻⁸⁾. De nombreux pays ont choisi un tel rythme.

La rentabilité diagnostique du frottis dans les lésions de bas grade (Bethesda) est limitée et il n'est pas définitivement établi que sa répétition améliore les performances diagnostiques. Au niveau du col, il existe souvent une mosaïque lésionnelle et le frottis est un bon test pour le dépistage des lésions de haut grade (Bethesda). On peut augmenter sa sensibilité en incitant les femmes à le faire régulièrement et en améliorant la qualité des prélèvements et de leur interprétation. Les pathologistes spécialisés en cytologie gynécologique ont une concordance supérieure aux pathologistes non spécialisés⁽³⁻¹⁴⁾.

La qualité de réalisation du frottis est opérateur dépendant. On évalue à 20 % les faux négatifs imputables à de mauvais prélèvements. La lame de frottis ne comporte que 18 % en moyenne des cellules prélevées selon la technique conventionnelle du frottis par abrasion. Environ 80 % des cellules restent sur l'instrument de prélèvement.

Il existe plusieurs techniques pour procéder à un frottis. La plus ancienne est la méthode dite de Papanicolaou. Elle consiste à prélever à l'aide d'un outil approprié les cellules du col et à les étaler sur une lame. La mise au point de nouvelles méthodes de préparation, avec mise en suspension préalable des cellules recueillies, a pour but de standardiser la procédure pour une préparation homogène des éléments prélevés. Ainsi par exemple, dans la technique dite de monocouche, le préleveur n'étale pas l'échantillon cellulaire recueilli mais le dépose dans un flacon transmis au cytopathologiste⁽¹⁶⁾.

L'intérêt pour ces nouvelles techniques est lié aux tentatives de lecture automatisée des anomalies cellulaires (Système PAPNET) permettant également la mise en place d'un contrôle de qualité technique mais aussi une évaluation de la compétence et de la connaissance du cytopathologiste⁽¹⁵⁾.

Des tests de validation de la sensibilité et de la spécificité de la lecture des frottis monocouches par «télé-cytopathologie» sont en cours de réalisation. La télémédecine pourrait améliorer le suivi qualitatif d'un centre de pathologie tout en permettant à des centres peu ou non expérimentés de transmettre leurs images en monocouche à des centres de référence dont la compétence est reconnue.

Enfin, l'existence d'anomalies cytologiques, notamment pour les hauts grades, doit inciter à pratiquer des examens complémentaires, colposcopie en particulier.

La situation en Gironde

Pour servir de base aux travaux de la Commission « Évaluation » de l'URMLA relatifs au dépistage des cancers du col de l'utérus en Gironde, plusieurs informations ont été rassemblées par l'Observatoire régional de la santé d'Aquitaine et le service médical régional de la CNAMTS et de la MSA. Elles concernent :

- *des données sur la mortalité par cancer de l'utérus produites par l'INSERM ;*
- *des données du régime général de l'assurance maladie et de la mutualité sociale agricole sur les femmes ayant eu au moins un frottis en 1996 ;*
- *des données de démographie médicale sur les gynécologues et les généralistes libéraux venant de l'assurance maladie ou du fichier ADELI géré par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité ;*
- *des données sur la précarité produites par l'INSEE et la CAF de la Gironde.*

Plusieurs résultats méritent d'être soulignés :

La mortalité par cancer de l'utérus est en Gironde du même ordre qu'en France.

Elle a diminué de près de 20 % entre 1980-1984 et 1988-1992. Cependant, il existe de grandes disparités à l'intérieur du département. Pour la période 1991-1994, l'indice comparatif de mortalité varie ainsi de 1 à 9 entre les cinq cantons ayant la mortalité la plus basse et les cinq cantons ayant la mortalité la plus forte.

Cinq zones ont des niveaux de mortalité supérieurs à la mortalité française à structure par âge comparable (surmortalité statistiquement significative à 5 % ou 10 %) :

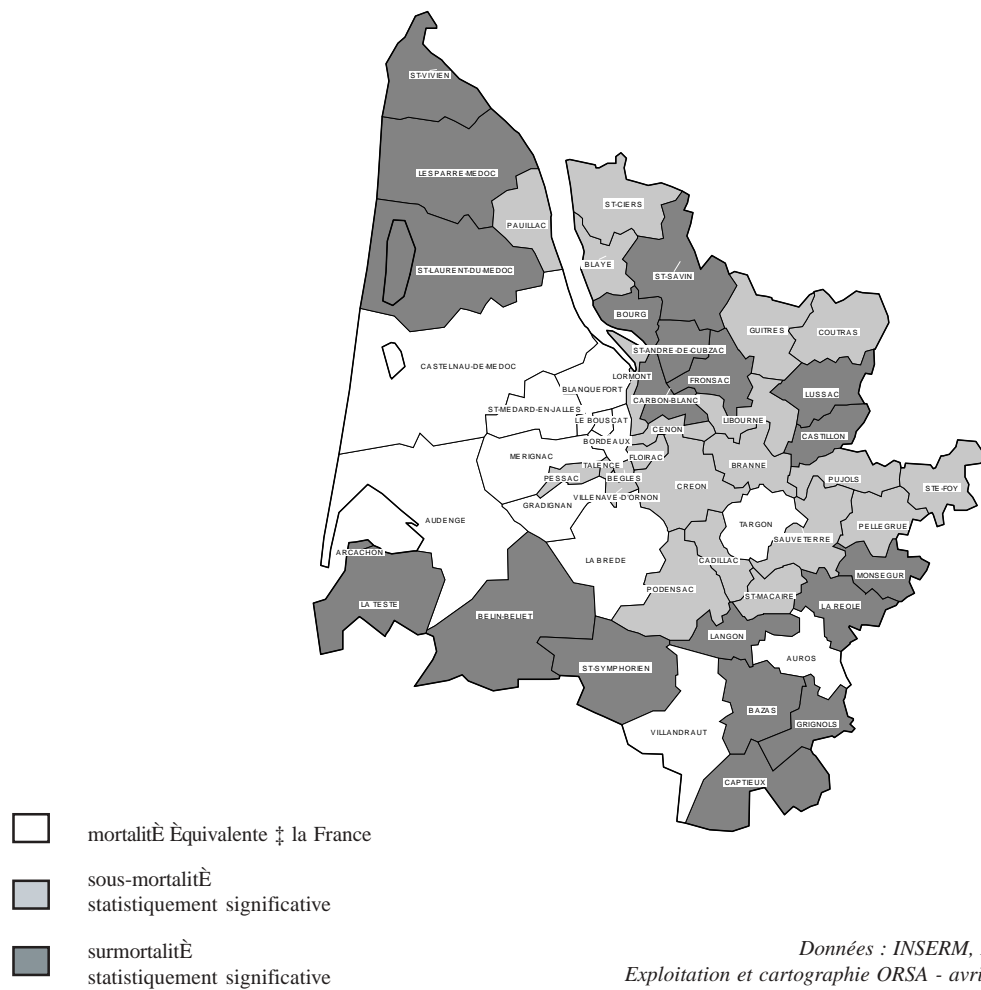
- Sud-Gironde (Monségur, La Réole, Langon, Bazas, Grignols, Captieux) avec une surmortalité de 128 %,
- Castillon (Castillon, Lussac) avec une surmortalité de 88 %,
- Médoc (Saint-Vivien, Lesparre-Médoc et Saint-Laurent-du-Médoc) avec une surmortalité de 85 %,
- Hauts-de-Gironde (Saint-Savin, Bourg, Saint-André-de-Cubzac, Fronsac, Carbon-blanc) avec une surmortalité de 73 %,
- Sud-Bassin (Arcachon, La Teste, Belin-Beliet, Saint-Symphorien) avec une surmortalité de 54 %.

Quatre zones présentent à l'inverse une sous-mortalité significative :

- Hauts-de-Garonne (Lormont, Cenon, Floirac) avec une sous-mortalité de 43%,
- Libournais (Coutras, Guîtres, Libourne, Branne) avec une sous-mortalité de 40%,
- Cadillac - Sainte-Foy (Créon, Cadillac, Podensac, Sainte-Foy, Pellegrue, Pujols, Sauveterre, Saint-Macaire) avec une sous mortalité de 40 %,
- Sud-Bordeaux (Bègles, Villenave, Talence, Pessac) avec une sous-mortalité de 37 %.

La zone de « Saint-Ciers - Blaye » présente une sous-mortalité de 67 % qui devient significative associée à celle, du même ordre, de Pauillac sur l'autre rive de la Gironde.

Mortalité par cancer de l'utérus - période 1991-1994
Gironde par canton (France = 100)



Données : INSERM, INSEE
Exploitation et cartographie ORSA - avril 1997

Différences calculées par zone

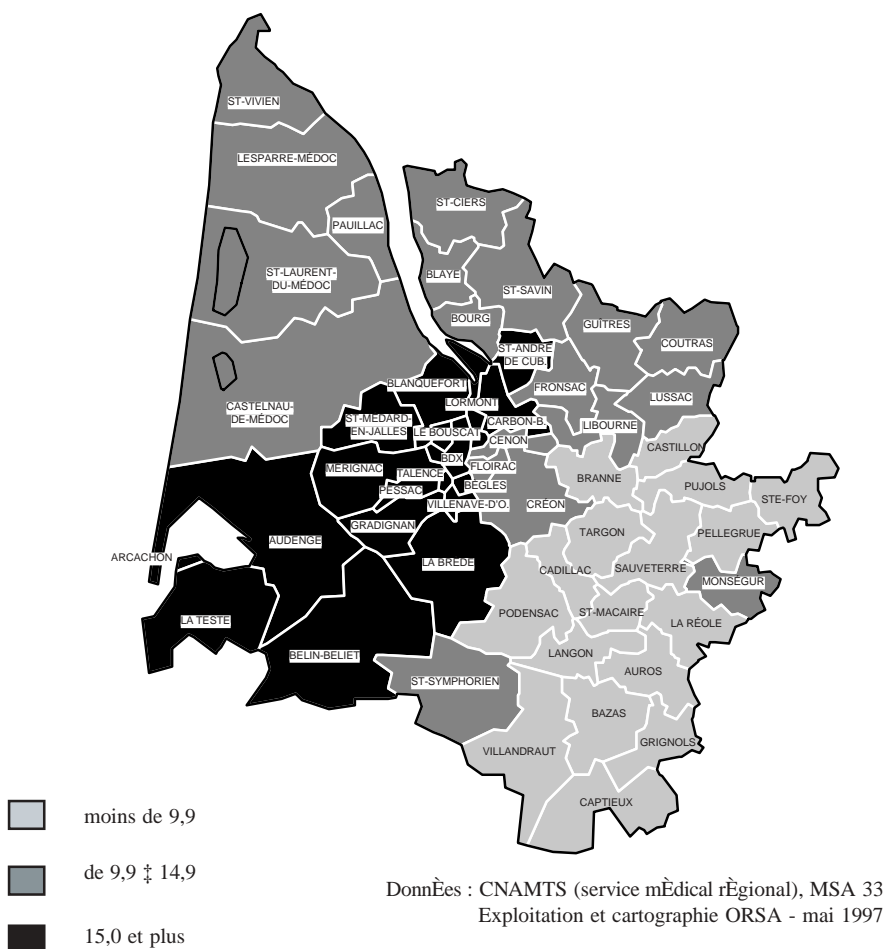
Globalement en 1996, parmi les ressortissantes (assurées et ayants-droit) du régime général âgées de 20 à 64 ans demeurant en Gironde, environ 16 % ont eu au moins un frottis au cours de l'année, ce qui est largement inférieur aux recommandations en vigueur.

Entre les cinq cantons où cette fréquence est la plus faible (5,7 % en moyenne) et les cinq cantons où elle est la plus forte (en moyenne 20,2 %), l'écart est de 1 à 3,5. La valeur maximale est atteinte dans le canton de Gradignan (22,3 %). Les cantons ayant les valeurs les plus basses sont situés dans la partie sud-est du département.

La fréquence du nombre de femmes ayant eu au moins un dépistage dans l'année semble par ailleurs liée à la présence ou à l'absence de gynécologues libéraux dans le canton. En effet, dans les cantons qui en sont dépourvus, 11,8 % des femmes ont eu au moins un frottis contre 16,9 % dans ceux disposant d'au moins un gynécologue, soit 1,4 fois plus. L'existence d'une forte densité de médecins généralistes dans plusieurs cantons du sud du département ne modifie pas cet aspect.

**Pourcentage de femmes ayant eu au moins un frottis
au cours de l'année 1996
(régime général et régime agricole)
Gironde par canton**

pour 100 femmes de 20-64 ans couvertes par ces deux régimes



Proposition d'actions

Les travaux du groupe de travail de la Commission Évaluation de l'URMLA ont mis en évidence que la situation actuelle du dépistage du cancer du col utérin n'est pas satisfaisante en Gironde. Deux grands axes d'actions sont envisageables :

- faire en sorte que toutes les femmes concernées bénéficient d'un dépistage et qu'il n'y ait pas de tests médicalement inutiles,

- faire en sorte que les tests pratiqués soient de bonne qualité.

Le premier axe concerne avant tout des actions de sensibilisation, d'information et de formation en direction de la population et des professionnels de santé, notamment les généralistes et les gynécologues.

Il s'agit d'informer les femmes de façon simple et non agressive sur la réalité actuelle du cancer du col et sur les possibilités de prévenir cette affection. La communication en direction des professionnels, si elle doit sensibiliser au problème, doit insister sur leur rôle irremplaçable dans ce contexte. Elle doit comporter une dimension « formation » importante, d'une part sur les techniques à utiliser pour pratiquer le test et d'autre part sur les conditions psychologiques et le discours à employer pour obtenir l'adhésion des patientes. Le contenu de ces formations devra s'appuyer largement sur l'expérience des praticiens de terrain et ne pas se limiter à des approches théoriques ou ne correspondant pas aux situations rencontrées.

Outre ces aspects liés à la communication et à la formation, il faut veiller à lever les obstacles, financiers ou géographiques, susceptibles d'entraver la pratique du dépistage par la population.

Il faut également faire en sorte que l'implication des médecins soit reconnue, par exemple par l'octroi de points de FMC et/ou par une prise en charge adaptée tenant compte des éventuelles contraintes supplémentaires découlant de la réalisation d'un programme de dépistage.

Il est évident par ailleurs que l'amélioration de la situation en Gironde ne suppose pas seulement un meilleur ciblage et une meilleure fréquence de la pratique des tests. Encore faut-il que les tests pratiqués soient de bonne qualité. Cela nécessite qu'à tous les niveaux de la « chaîne » du dépistage, du prélèvement à l'analyse en passant par les conditions de transport, les pratiques et les moyens utilisés soient d'une qualité optimale.

Pour y parvenir, il est indispensable d'associer une formation adéquate à l'utilisation de techniques présentant le meilleur rapport qualité-prix, sans oublier la mise en place d'un contrôle de qualité. Pour l'instant, ces éléments font défaut, du moins de manière systématique. Par ailleurs, l'existence de nouveaux tests devrait être prise en considération dans la mesure où leur utilisation semble diminuer de façon importante les tests ininterprétables.

L'amélioration de la situation en Gironde pourrait reposer sur une stratégie d'amélioration des pratiques de dépistage dans la population et parmi les professionnels qui s'inscrive dans la durée, la continuité et la proximité.

Habituellement, en France comme dans de nombreux pays, pour améliorer le dépistage du cancer du col, il est fait appel à de grandes campagnes utilisant largement les moyens médiatiques. Ces campagnes se déroulent le plus souvent de façon parallèle au dispositif habituel de prise en charge et ont généralement un caractère et un impact limités dans le temps.

Dans une perspective plus pérenne, le groupe de travail a jugé préférable de s'orienter dans une direction différente axée sur l'amélioration des pratiques, tant parmi la population que parmi les professionnels. Il s'agit d'avoir une action en profondeur dans le cadre des structures de prise en charge existantes. Une telle action doit s'inscrire dans la durée et être la plus participative possible pour obtenir l'adhésion de la population comme des professionnels. Dans cette perspective, le groupe formule les propositions d'actions suivantes :

- sélectionner une zone du département où le taux de dépistage est faible (inférieur à 10 %), les gynécologues peu nombreux et la mortalité par cancer du col utérin supérieure à la moyenne départementale. Plusieurs cantons au sud du département remplissent ces conditions,
- mobiliser l'ensemble des professionnels de santé de la zone retenue, libéraux et non libéraux, médecins, pharmaciens et infirmières dans le cadre d'une information et d'une formation adaptées,
- mobiliser les acteurs « sociaux » (élus, associations...) pour relayer avec les professionnels de santé l'information en direction de la population,
- s'assurer que la demande de frottis formulée par les femmes puisse être satisfaite dans de bonnes conditions de qualité et d'accessibilité géographique et financière,
- mettre en place les financements nécessaires pour les actions collectives et les prises en charge individuelles, le travail supplémentaire assuré par les professionnels de santé, l'organisation générale, le contrôle de qualité et l'évaluation.

Bibliographie

- (1) Schaffer P. et coll : « Dépistage du cancer du col de l'utérus » 1^{er} colloque CNAM-INSERM, 1986 ; 144 : 623-36
- (2) Conférence de consensus sur le dépistage du cancer du col utérin - Lille (1990).
- (3) Koss L.G. The papanicolaou test for cervical cancer detection. A triumph and a tragedy. à JAMA 1989 ; 261: 737-743.
- (4) « International trends in cancer mortality in France, West Germany, Italy, England, Wales and USA » D.L. Davies and coll, Lancet, 25 Août 1990, 474.
- (5) « Statistiques de santé : évolution de la mortalité par cancer en France entre 1950 et 1985 » Ed. INSERM, 1989.
- (6) « Mortalité et causes de décès en France » Ed. Doin et INSERM, Juin 1990.
- (7) Vallin J. et Meslé F. : Les causes de décès en France de 1925 à 1978 Ed. INED et PUF.
- (8) Kjaer S. K. et coll. « Risks factors for cervical cancer in Greenland and Denmark : a population-based cross sectional study » Int. J. Cancer 1989 ; 44 (1) : 40-7.
- (9) Riou F., Bict J., Brémond A., Durand G. « Les frottis cervicaux en médecine générale. Évaluation de la réalisation régulière de frottis cervicaux dans la clientèle de médecins généralistes de la région Rhône-Alpes. » J. Gynscol. Obstet. Biol. Reprod. 1989, 18 : 145-51.
- (10) Lynge E. et coll «Effect of organized screening on incidence and mortality of cervical cancer in Denmark. Cancer Res. 1989 ; Apr., 15 ; 49 (8) : 2157-60.
- (11) Mc Corminck S.J. « Pap smear : A questionable practice ? » Lancet 1989 ii, 8656, 207-9.
- (12) Beardow R. et coll. ~ Evaluation of the cervical cytology screening programme in a inner city health district ~ Br. Med. J. 1989 ; 299 : 98-100.
- (13) Dubois G. Le dépistage des cancers. Situation et perspectives en France. revue médicale de l'Assurance Maladie. 1991 ; 1 : 10-13.
- (14) « Cancer of the cervix : Death by incompetence. » Lancet, 1985 ; 17 Aug ; 363-4.
- (15) Saurel J., Zerat L. Retrospective re-reading of 7184 smears with the PAPNET system. Comparaison of results with lassic reading. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavia 1997 Vol.76 Supp.167,1:21. FIGO Copenhagen Aout 1997.
- (16) Saurel J., Rabreau M., M.Landi. Méthode nouvelle de dépistage cytologique du cancer du col utérin en milieu liquide : La technique monocouche CYTORICH méthode manuelle. À propos des 15 000 premiers cas Français. Références en Gynécologie Obstétrique. 1997 sous presse.

Membres du groupe de travail

Monsieur le Docteur ARNOUX	chirurgien Union régionale des médecins libéraux d'Aquitaine
Monsieur le Docteur BARDY	médecin de santé publique Conseil général de la Gironde
Monsieur le Docteur BRUN	gynécologue - Hôpital Saint-André
Monsieur GARROS	Observatoire régional de la santé d'Aquitaine
Monsieur le Docteur LAVIEILLE	gynécologue Union régionale des médecins libéraux d'Aquitaine
Monsieur le Docteur MARTY	histo-cyto-pathologiste - Centre Foch
Monsieur le Docteur ROUX	généraliste - Représentant du Conseil départemental de l'ordre des médecins de la Gironde
Monsieur le Docteur SAUREL	histo-cyto-pathologiste Union régionale des médecins libéraux d'Aquitaine
Madame le Docteur PARCELIER	médecin conseil Service médical régional du régime général de l'assurance maladie
Monsieur le Docteur PIGNEUX	cancérologue - Institut Bergonié

Annexes

**mortalité par cancer de l'utérus en Gironde
(période 1991-1994)**

**femmes ayant eu au moins un frottis
au cours de l'année 1996 en Gironde**

Mortalité par cancer de l'utérus en Gironde (période 1991-1994)

Sources : INSERM (décès domiciliés), INSEE (RP90)

Exploitation ORSA - février 1997

canton		nombre de décès observés	indice comparatif de mortalité*
3301	ARCACHON	8	138
3302	AUDENGE	8	84
3303	AUROS	1	79
3304	BAZAS	5	206
3305	BELIN-BELIET	6	242
3306	BLANQUEFORT	9	124
3307	BLAYE	1	30
3315	BOURG	3	105
3316	BRANNE	2	79
3317	CADILLAC	1	32
3318	CAPTIEUX	2	272
3319	CARBON-BLANC	12	232
3320	CASTELNAU-DE-MEDOC	5	99
3321	CASTILLON	4	134
3322	COUTRAS	4	79
3323	CREON	5	70
3324	FRONSAC	3	120
3325	GRIGNOLS	3	329
3326	GUITRES	1	34
3327	LA BREDE	5	94
3328	LANGON	8	215
3329	LESPARRE-MEDOC	9	217
3330	LIBOURNE	5	53
3331	LUSSAC	5	277
3332	MONSEGUR	4	302
3333	PAUILLAC	1	32
3334	PELLEGRUE	0	0
3336	PODENSAC	3	70
3337	PUJOLS	1	50
3338	LA REOLE	6	189
3339	ST-ANDRE-DE-CUBZAC	7	221
3340	ST-CIERS	1	36
3341	STE-FOY	2	51
3342	ST-LAURENT-DU-MEDOC	3	195
3343	ST-MACAIRE	2	86
3344	ST-SAVIN	5	139
3345	ST-SYMPHORIEN	2	212
3346	ST-VIVIEN	4	136
3347	SAUVETERRE	1	59
3348	TARGON	2	157
3349	LA TESTE	11	132
3350	VILLANDRAUT	1	78
3352	BEGLES	4	66
3354	LE BOUSCAT	9	109
3355	CENON	5	79
3356	TALENCE	5	61
3357	VILLENAVE-D'ORNON	4	76
3358	FLOIRAC	2	53
3359	GRADIGNAN	7	95
3360	LORMONT	2	36
3363	ST-MEDARD-EN-JALLES	5	79
3387	PESSAC (commune)	6	58
3388	MERIGNAC (zone pluricant.)	14	108
3389	BORDEAUX (commune)	60	107
total Gironde		294	104

* Indice comparatif de mortalité (ICM) : rapport en pourcentage du nombre de décès observés au nombre de décès attendus, si les taux de mortalité de chaque tranche d'âge avaient été identiques aux taux français (ICM France métropolitaine = 100)

Femmes ayant eu au moins un frottis au cours de l'année 1996 en Gironde

données : CNAMTS (Service médical régional), MSA 33

Exploitation ORSA - Mai 1997

Canton		Nombre de femmes	%*
3301	ARCACHON	567	18.4
3302	AUDENGE	1 905	17.6
3303	AUROS	82	7.0
3304	BAZAS	133	6.0
3305	BELIN-BELIET	513	17.2
3306	BLANQUEFORT	2 541	17.4
3307	BLAYE	467	13.6
3315	BOURG	461	13.1
3316	BRANNE	325	9.6
3317	CADILLAC	252	7.5
3318	CAPTIEUX	56	9.3
3319	CARBON-BLANC	1 758	18.0
3320	CASTELNAU-DE-MEDOC	1 002	13.3
3321	CASTILLON	246	8.9
3322	COUSTRAS	548	9.9
3323	CREON	1 425	14.2
3324	FRONSAC	595	14.2
3325	GRIGNOLS	35	5.2
3326	GUITRES	395	10.2
3327	LA BREDE	1 505	18.4
3328	LANGON	272	6.8
3329	LESPARRE-MEDOC	543	12.8
3330	LIBOURNE	1 509	13.8
3331	LUSSAC	227	10.1
3332	MONSEGUR	121	11.8
3333	PAUILLAC	380	9.9
3334	PELLEGRUE	54	8.4
3336	PODENSAC	294	6.9
3337	PUJOLS	145	7.9
3338	LA REOLE	166	5.1
3339	ST-ANDRE-DE-CUBZAC	743	15.0
3340	ST-CIERS	335	12.0
3341	STE-FOY	241	8.6
3342	ST-LAURENT-DU-MEDOC	220	11.1
3343	ST-MACAIRE	134	6.1
3344	ST-SAVIN	566	12.0
3345	ST-SYMPHORIEN	91	10.8
3346	ST-VIVIEN	201	10.3
3347	SAUVETERRE	103	6.4
3348	TARGON	131	8.0
3349	LA TESTE	1 967	19.4
3350	VILLANDRAUT	65	6.6
3352	BEGLES	1 031	16.7
3354	LE BOUSCAT	1 922	20.0
3355	CENON	1 453	14.1
3356	TALENCE	1 605	17.8
3357	VILLENAVE-D'ORNON	1 491	20.6
3358	FLOIRAC	1 033	14.8
3359	GRADIGNAN	2 513	22.5
3360	LORMONT	1 724	16.6
3363	ST-MEDARD-EN-JALLES	2 440	18.7
3387	PESSAC (commune)	2 409	17.0
3388	MERIGNAC (zone pluricant.)	3 952	19.3
3389	BORDEAUX (commune)	10 746	17.7
total Gironde		55 638	15.7

* pour 100 femmes de 20-64 ans couvertes par le régime général ou le régime agricole

