



HAL
open science

Évaluation du retour d'information des résultats des frottis cervicaux utérins de dépistage auprès des médecins traitants isérois : enquête de prévalence descriptive dans un département pilote en matière de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

Andréa Lob

► **To cite this version:**

Andréa Lob. Évaluation du retour d'information des résultats des frottis cervicaux utérins de dépistage auprès des médecins traitants isérois : enquête de prévalence descriptive dans un département pilote en matière de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00809371

HAL Id: dumas-00809371

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00809371>

Submitted on 9 Apr 2013

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Joseph Fourier
Faculté de médecine de Grenoble

Année : 2013

N°

THESE
PRESENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

Evaluation du retour d'information
des résultats des frottis cervicaux utérins de dépistage
auprès des médecins traitants isérois

Enquête de prévalence descriptive dans un département pilote en matière de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

Mlle Andréa LOB

Née le 04/10/1983 à Saint Priest

Thèse soutenue publiquement à la faculté de médecine de Grenoble*

Le 26/03/2013

Devant le jury composé de :

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Claude PONS

Membres :

Madame le Professeur Sylvie LANTUEJOUL

Madame le Professeur Pascale HOFFMANN

Madame le Docteur Anne GARNIER

Monsieur le Docteur François LE MARC'HADOUR

Monsieur le Docteur Olivier MARCHAND, Directeur de thèse

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propre à leurs auteurs.*

Faculté de Médecine Postes PU-PH 2012-2013

PUPH 2012-2013

Nom - Prénom	Discipline
ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	chirurgie générale
BACONNIER Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BAGUET Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO Jacques	Radiothérapie
BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
BAUDAIN Philippe	Radiologie et imagerie médicale
BEANI Jean-Claude	Dermato-vénéréologie
BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
BERGER François	Biologie cellulaire
BLIN Dominique	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
BOUILLET Laurence	Médecine interne
BRAMBILLA CHRISTIAN	Pneumologie
BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CAHN Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire

2

Faculté de Médecine Postes PU-PH 2012-2013

CESBRON Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHAFFANJON Philippe	Anatomie
CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CHIQUET Christophe	Ophtalmologie
CHIROSSEL Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
DE GAUDEMARIS Régis	Médecine et santé au travail
DEBILLON Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS Maurice	Addictologie
DEMONCEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DESCOTES Jean-Luc	Urologie
ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
FEUERSTEIN Claude	Physiologie
FONTAINE Eric	Nutrition
FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
GAUDIN Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI Gaetan	Gériatrie et biologie du vieillissement

3

Faculté de Médecine Postes PU-PH 2012-2013

GAY Emmanuel	Neurochirurgie
GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI Serge	Nutrition
HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
HOMMEL Marc	Neurologie
JOUK Pierre-Simon	Génétique
JUVIN Robert	Rhumatologie
KAHANE Philippe	Physiologie
KRACK Paul	Neurologie
KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
LABARERE José	Département de veille sanitaire
LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
LE BAS Jean-François	Biophysique et médecine nucléaire
LEBEAU Jacques	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
LEROUX Dominique	Génétique
LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
LETOUBLON Christian	chirurgie générale
LEVY Patrick	Physiologie
LONARDI Joël	Biochimie et biologie moléculaire
MACHECOURT Jacques	Cardiologie
MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MAITRE Anne	Médecine et santé au travail

Faculté de Médecine Postes PU-PH 2012-2013

MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
MORO Elena	Neurologie
MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlogie
PALOMBI Olivier	Anatomie
PASSAGIA Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PISON Christophe	Pneumologie
PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
POLACK Benoît	Hématologie
PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
RAMBEAUD Jacques	Urologie
REYT Emile	Oto-rhino-laryngologie
RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET J. Paul	Ophtalmologie

Faculté de Médecine Postes PU-PH 2012-2013

SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SCHWEBEL Carole	Réanimation médicale
SERGENT Fabrice	Gynécologie obstétrique
SESSA Carmine	Chirurgie vasculaire
STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
TIMSIT Jean-François	Réanimation
TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
VANZETTO Gérald	Cardiologie
VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ZACUI Philippe	Néphrologie
ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

Faculté de Médecine

Postes MCU-PH 2012-2013

MCU-PH 2012/2013

Nom - Prénom	Discipline
APEL Florent	Ophthalmologie
BOISSET Sandrine	Agents infectieux
BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
BOUTONNAT Jean	Cytologie et histologie
BOUZAT Pierre	Réanimation
BRENIER-PINCHART M.Pierre	Parasitologie et mycologie
BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
DERANSART Colin	Physiologie
DETANTE Olivier	Neurologie
DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine	Physiologie
MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
MC LEER (FLORIN) Anne	Cytologie et histologie
MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MOUCHET Patrick	Physiologie
PACIET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé

PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
RAY Pierre	Génétique
RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
SATRE Véronique	Génétique
STASIA Marie-Josée	Biochimie et biologie moléculaire
TAMTSTER Renaud	Physiologie

REMERCIEMENTS

Au président du Jury,

Monsieur le Professeur Jean Claude PONS

Vous me faites le grand honneur de présider ce jury de thèse et de juger mon travail. Recevez ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

Aux membres du Jury,

Madame le Professeur Pascale HOFFMANN

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce travail en acceptant de siéger à ce jury. Tout au long de mes études (externat, internat et DU de contraception) j'ai eu la chance de bénéficier de vos connaissances et compétences lors de ma formation théorique mais également lors de mon stage dans votre service, dont je garde un excellent souvenir. Je vous suis reconnaissante de votre investissement au quotidien dans l'enseignement universitaire et de votre intérêt que vous apportez à la médecine générale.

Madame le Professeur Sylvie LANTUEJOUL

Je vous remercie d'avoir accepté d'assister à cette soutenance. Je garde un très bon souvenir de mes six mois passés dans votre service qui ont été très enrichissants. Soyez assurée de ma reconnaissance.

Madame le Docteur Anne GARNIER

Merci pour ton accueil chaleureux au sein du groupe col de l'ODLC. Cela a été pour moi une expérience très enrichissante et totalement en adéquation avec mon travail et j'espère, une fois docteur, pouvoir m'y investir encore davantage. Merci de ton éclairage et de tes conseils dans la préparation de cette thèse. Que ce travail soit pour moi l'occasion de t'exprimer toute ma reconnaissance.

Monsieur le Docteur François LE MARC'HADOUR

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de participer à mon jury, je vous en suis profondément reconnaissante. Veuillez trouver l'expression de mon profond respect pour votre accueil et votre disponibilité.

Monsieur le Docteur Olivier MARCHAND

Merci de m'avoir accompagnée depuis plus de trois ans dans mon travail de thèse et d'avoir pris le temps d'écouter les nombreux doutes qui m'ont assaillie tout au long de ce travail. Bien que ton emploi du temps ait été plus que chargé ces derniers mois, tu as toujours été présent pour répondre à mes interrogations. Je sais que mon goût pour l'exhaustivité, la précision et mes difficultés à être synthétique sans être frustrée n'ont pas facilité ton travail de correcteur. Mais je te remercie d'avoir fait de ces corrections des occasions de partages et d'échanges riches d'enseignement. Je te remercie également pour ton investissement dans l'enseignement universitaire.

À tout le groupe de Travail du Dépistage du cancer du col de l'ODLC pour leur accueil chaleureux et pour ces moments d'échanges interprofessionnels fructueux. En espérant pouvoir faire encore un bout de chemin ensemble.

Merci tout particulièrement, à **Nicole TREMBLAY**, pour ta gentillesse et pour le temps consacré à m'aider dans la réalisation de ce projet.

A tous les médecins généralistes isérois qui ont participé à ce travail, qui ont pris de leur temps précieux et accepté de participer à cette étude. Sans vous ce travail n'aurait tout simplement pas été possible. Un grand merci !

Au Dr Yannick RUELLE, qui a inspiré mon travail. Merci d'avoir pris le temps de me conseiller dans l'élaboration de mon travail et de m'avoir fait partager l'expérience de ta propre réflexion. En espérant que la concordance des résultats de nos études portera ces fruits.

Aux cinq médecins généralistes qui ont testé le questionnaire de ce travail, les Drs MARCHAND, CHERMAND, BRIN, RUELLE, et GABOREAU.

Aux anatomopathologistes isérois, à leurs secrétaires et à leurs informaticiens qui ont pris le temps de me recevoir et de répondre à l'ensemble de mes questions.

Au conseil de l'ordre de l'Isère et à la CPAM de l'Isère pour leur aide logistique.

A l'équipe pédagogique du département de médecine générale pour le soutien apporté aux étudiants et son implication dans le développement de la médecine générale. Je tiens tout particulièrement à remercier le Pr IMBERT et le Dr GABOREAU.

Au Docteur Anne EGO du CIC pour ses conseils méthodologiques.

A Annette CASAGRANDE, pour son aide statistique à l'occasion de ces retrouvailles.

A mes praticiens de stage d'UPL et de SASPASS les Drs BOUCHAUD, KESPERN, MARINOT, BOSCHETTI, GRASSET pour leurs enseignements précieux et pour m'avoir transmis l'amour de la médecine générale.

Merci tout particulièrement :

Au Dr Martine BRIN, plus qu'un maître de stage, plus qu'un pair, tu es pour moi un modèle. La qualité de ton exercice médical et ton humanité n'ont fait que renforcer ma vocation. J'ai beaucoup appris à tes côtés et je te remercie d'avoir participé à faire de moi le médecin que je suis devenue. A notre belle amitié.

Aux médecins, aux équipes qui m'ont accueillie pendant mes stages de formation et aux médecins que je remplace qui ont façonné le médecin que je suis devenue. Merci d'avoir partagé vos connaissances et votre expérience. Merci de m'avoir accompagnée dans cette formation.

A ma famille, qui m'a toujours soutenue pendant ces longues années d'étude et sans qui je n'aurais pu concrétiser ce rêve de devenir médecin. Merci de m'avoir encouragée dans ma vocation.

A ma mère, merci pour ton amour quotidien, ton attention constante et ta présence réconfortante.

A mon père, merci pour toutes les valeurs que tu m'as inculquées sans lesquelles je ne serais jamais devenue celle que je suis aujourd'hui. Par ta curiosité, ton humilité, ta rigueur, et ton courage, tu as été mon plus précieux modèle de réussite. Aucun mot ne saurait exprimer suffisamment mon amour et ma reconnaissance et à quel point tu me manques.

A ma sœur et à mon beau frère, pour votre soutien tout au long de mes études. Vous avoir à mes côtés mes premières années d'études était une vraie chance. Les bons petits plats, les cures de chocolat et les soirées réconfort n'ont pas été sans effet sur ma réussite. Malgré les centaines de kilomètres qui nous séparent, vous êtes toujours aussi présents. Merci pour vos compétences de traducteurs, qui ont su compenser mes défaillances en anglais.

A mon oncle Patrick, qui dès mon plus jeune âge a été mon plus fidèle correcteur, tu as traqué mes fautes, mes tournures malheureuses, mes maladresses. Je t'en remercie sincèrement.

A mes grands parents, à Yves, Cinzia, Silvia et Elsa, pour tous les moments de joie partagés ensemble (qu'ils soient encore très nombreux !). Merci de votre présence à mes côtés et de votre soutien.

A la mémoire de mes grands parents : Babunia et Dziadzius

A tous mes amis,

A Julie, merci pour ces vingt ans d'amitié, ta présence est un appui essentiel, merci d'être toi et d'être là.

A Isabelle, merci pour tous ces moments de complicité partagés et d'être une amie si chère depuis dix ans.

A toute la bande, Edith, Nico, Julie, Martial, Annabelle, Jean Marie, Lucie, Sylvain, Thomas, Olivier, Marlène. A tous nos moments de bonheur passés ensemble, et à toutes nos futures « colonies de vacances ». A tous les petits bouts, Charlotte, Oscar et Antoine qui font la joie de nous tous.

A tous mes anciens co-internes, sans qui la route aurait été moins belle, une pensée particulière pour Léna et Céline.

A notre groupe de Pair, A Christine, A Sophie, A Raphaëlle, A Benjamin, A Sylvain, A Morine, qui ont accepté de se lancer avec moi dans cette belle aventure qui enrichit considérablement mon exercice quotidien. Un grand merci à Christine pour avoir relu ce travail.

A tous mes amis d'enfance, merci pour tous ces merveilleux souvenirs partagés ensemble, merci de m'avoir encouragée dans mes études pendant ces dix années et d'avoir toujours pris de mes nouvelles.

Aux patients, qui chaque jour me donnent envie de venir travailler.

Et enfin à David, tu connais le chemin parcouru, tu étais là à chaque minute. Je te remercie pour ton soutien quotidien indéfectible et pour ta patience que j'ai mise à rude épreuve. Mais surtout, je te remercie du bonheur que tu m'apportes au quotidien. Je t'aime de plus en plus chaque jour et j'ai hâte de poursuivre cette merveilleuse aventure qu'est la vie avec toi.

À tous ceux qui n'ont pas été nommés dans ces pages mais qui ont contribué à la réalisation de cette thèse,

À toutes les personnes présentes le jour de ma soutenance,

Merci beaucoup !

LISTE DES ABREVIATIONS

ACP :	Anatomo-Cyto-Pathologie
ANDEM :	Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale
ARS :	Agence Régionale de Santé
ASALEE :	Action de Santé Libérale En Equipe
ASIP santé :	Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé
CAREPS :	Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention sanitaire
CIC :	Centre d'Investigation Clinique
CIME :	Collège Inter alpin des Médecins Enseignants
CMU :	Couverture Médicale Universelle
CNGE :	Collège National des Généralistes Enseignants
CNIL :	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSV :	Comma-Separated Values
DES :	Diplôme d'Etude Spécialisé
DMP :	Dossier Médical Personnel
DPC :	Développement Professionnel Continu
DO :	Dépistage organisé
EGB :	Echantillon Généraliste des Bénéficiaires
FCU :	Frottis Cervico-Utérin
GIP CPS :	Groupement d'Intérêt Public "Carte de Professionnel de Santé "
HAS :	Haute Autorité de Santé
HPRIM Net :	Harmonie et PRomotion de l'Informatique Médicale
HPST :	Hôpital, Patient, Santé et Territoire
HPV :	Human PapillomaVirus
INCa :	Institut National du Cancer
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
InVS :	Institut de Veille Sanitaire
MSS :	Messagerie de Santé Sécurisée
NTIC :	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
ODLC :	Office De Lutte contre le Cancer
OGC FCP :	Organisme Gestionnaire Conventionnel de la formation continue
OSM :	Outil de Sécurisation de Messagerie
PDF :	Portable Document Format
SNIR :	Système National Inter-Régimes
URML-RA :	Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	19
MATERIEL ET METHODE	25
1. TYPE D'ETUDE	25
2. OBJECTIFS DE L'ETUDE ET QUESTION DE RECHERCHE	25
2.1 OBJECTIF PRINCIPAL ET QUESTION DE RECHERCHE PRINCIPALE	25
2.2 OBJECTIFS SECONDAIRES	25
3. POPULATION ETUDIEE	26
3.1 POPULATION CIBLE	26
3.2 POPULATION SOURCE	26
4. INCLUSIONS DES PATIENTES	26
4.1 NOMBRE D'INCLUSIONS MINIMUM NECESSAIRE	26
4.2 NOMBRE D'INCLUSIONS PAR MEDECIN	27
4.3 CRITERES D'INCLUSION DES PATIENTES	27
4.4 CRITERES D'EXCLUSION DES PATIENTES	27
5. RECUEIL DES DONNEES	27
5.1 QUESTIONNAIRE EN LIGNE	27
5.2 IDENTIFICATION DES MEDECINS PARTICIPANT A L'ETUDE	27
5.3 LES FORMULAIRES DE RECUEILS	27
5.3.1 <i>Le questionnaire principal « Inclusion »</i>	28
5.3.2 <i>Le questionnaire annexe « Informations médecin »</i>	28
5.4 LA VALIDATION DES DONNEES	28
5.5 LE TESTING DES QUESTIONNAIRES	28
6. LA COMMUNICATION AVEC LES MEDECINS PARTICIPANT	28
6.1 LE RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS	28
6.2 LA COMMUNICATION AVEC LES PARTICIPANTS PENDANT L'ETUDE	29
7. EXPLOITATION DES DONNEES	29
7.1 SAISIE DES RESULTATS	29
7.2 DONNEES EXPLOITEES POUR L'ANALYSE STATISTIQUE	29
7.3 RECODAGE DES DONNEES	30
7.3.1 <i>Répartition par classe d'âge des médecins participant</i>	30
7.3.2 <i>Répartition par classe d'âge des patientes incluses</i>	30
7.3.3 <i>Répartition par classe d'âge des FCU</i>	30
7.3.4 <i>Regroupement des données</i>	30
7.4 CREATION DE NOUVELLES VARIABLES	31
7.4.1 <i>Effecteur du dernier FCU</i>	31
7.4.2 <i>Justifications de l'absence de données concernant le dernier FCU</i>	31
8. MODALITE REGLEMENTAIRE	31

9. MODALITES DE TRAITEMENT DES DONNEES	32
RESULTATS	33
1. TAUX DE PARTICIPATION A L'ETUDE.....	33
2. CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES DES MEDECINS PARTICIPANT	34
3. CARACTERISTIQUE EPIDEMIOLOGIQUE DES PATIENTES INCLUSES	36
3.1 AGE DES PATIENTES INCLUSES	36
4. REPRESENTATIVITE DES INCLUSIONS SUR LES CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES DES MEDECINS	37
5. INTERET DES MEDECINS POUR L'ETUDE.....	38
5.1 NOMBRE D'INCLUSIONS EXPLOITABLES	38
5.2 TEMPS D'INCLUSION	38
6. RETOUR D'INFORMATION VERS LE MEDECIN GENERALISTE DES DONNEES RELATIVES AU DERNIER FCU QUAND IL N'A ETE NI PRELEVEUR NI PRESCRIPTEUR DE L'EXAMEN	38
6.1 CONTENU DES DOSSIERS MEDICAUX	38
6.2 INFLUENCE DES CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES DES MEDECINS ET DES PATIENTES	39
6.2.1 ANALYSE UNIVARIEE	39
<i>6.2.2 Analyse des tableaux 4 et 5 et présentation graphique des principaux résultats</i>	<i>40</i>
6.3 MODALITES DU RETOUR D'INFORMATION	42
<i>6.3.1 Retour d'information via le préleveur</i>	<i>42</i>
<i>6.3.2 Retour d'information via la patiente</i>	<i>43</i>
<i>6.3.3 Retour d'information avec visualisation des comptes-rendus.....</i>	<i>43</i>
6.4 CONTENU DES DOSSIERS MEDICAUX ET MODALITES DU RETOUR D'INFORMATION	44
7. OPINIONS DES MEDECINS PARTICIPANT QUANT A L'ORGANISATION D'UN RETOUR D'INFORMATION SYSTEMATIQUE	45
8. INFORMATIONS RELATIVES AU DERNIER FCU, PRESENTES DANS LES DOSSIERS, QUEL QUE SOIT LE PRELEVEUR	45
8.1 CONTENU DES DOSSIERS MEDICAUX	45
8.2 INFLUENCE DES CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES DES MEDECINS, DES PATIENTES ET DU PRELEVEUR DU DERNIER FCU.....	46
<i>8.2.1 Analyse univariée</i>	<i>46</i>
<i>8.2.2 Analyse du tableau 7 et présentation graphique des principaux résultats</i>	<i>47</i>
8.3 TAUX DE FCU A JOUR	49
<i>8.3.1 Influence des caractéristiques épidémiologiques des médecins, des patientes et du préleveur du dernier FCU.....</i>	<i>49</i>
<i>8.3.1.1 Analyse univariée</i>	<i>49</i>
<i>8.3.1.2 Analyse des tableaux 8 et 9 et présentation graphique des principaux résultats</i>	<i>50</i>
9. DONNEES MANQUANTES SUR LE DERNIER FCU, LES JUSTIFICATIONS DES MEDECINS ...	50
10. IMPACT DE LA PRESENCE D'UN DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS DANS L'IMPLICATION DES MEDECINS PARTICIPANT DANS CELUI-CI	51
10.1 RESENTI DES MEDECINS	51

10.2 INFLUENCE DES CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES DES MEDECINS, ET DE LA VISITE D'UN(E) DELEGUE(E) DE L'ODLC	52
10.2.1 Analyse univariée	52
11. PLANIFICATION DU PROCHAIN FROTTIS	53
11.1 CONTENU DES DOSSIERS MEDICAUX	53
11.2 INFLUENCE DES CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES DES MEDECINS ET DU PRELEVEUR DU DERNIER FCU	53
11.2.1 Analyse univariée	53
11.2.2 Analyse du tableau 11 et présentation graphique des principaux résultats	53
12. MEDECINS GENERALISTES ET REALISATION DES FCU	54
12.1 PRATIQUE DECLAREE DES MEDECINS PARTICIPANT	54
12.2 TAUX DE FCU REALISES OU PRESCRITS PAR LES MEDECINS PARTICIPANT	54
12.3 INFLUENCE DES CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES DES MEDECINS ET DES PATIENTES	55
12.3.1 Analyse univariée	55
12.3.2 Analyse des tableaux 12 et 13 et présentation graphique des principaux résultats	56
DISCUSSION	57
A. DISCUSSION SUR LA METHODE	57
1. CRITIQUES DE L'ETUDE ET PRINCIPAUX BIAIS METHODOLOGIQUES	57
1.1 UN TAUX DE PARTICIPATION FAIBLE	57
1.2 BIAIS DE SELECTION DES MEDECINS INVESTIGATEURS	57
1.3 BIAIS DE RECRUTEMENT DES PATIENTES	57
1.3.1 Effet de sélection	57
1.3.2 Représentativité d'un échantillon de 10 patientes.....	58
1.3.3 Facteur d'exclusion manquant.....	58
1.4 VALIDITE DES REPONSES	58
1.4.1 Biais de déclaration.....	58
1.4.2 Biais de mémorisation.....	58
1.4.3 Mesures d'association.....	58
2. POINTS FORTS DE CETTE ETUDE	59
2.1 L'EFFECTIF ET LA REPRESENTATIVITE DE LA POPULATION SOURCE	59
2.2 UNE METHODE DE RECUEIL PERFORMANTE	59
2.3 UN TRAVAIL QUI A SUSCITE CHEZ LES MEDECINS PARTICIPANT UNE REFLEXION QUANT A LA QUALITE DE LEURS DOSSIERS ET A LEUR IMPLICATION DANS LE DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS	59
B. DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS	60
1. REPRESENTATIVITE DE NOS ECHANTILLONS	60
2. DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS ET CONTENU DES DOSSIERS MEDICAUX 60	
2.1 TROP PEU DE DOSSIERS COMPLETS	60
2.2 AVOIR CONNAISSANCE DU COMPTE-RENDU DES FCU : PRINCIPAL GARANT D'UN DOSSIER COMPLET	61
2.3 UN RETOUR D'INFORMATION QUI FAIT DEFAUT QUAND LE MEDECIN N'A ETE NI PRELEVEUR NI PRESCRIPTEUR DE L'EXAMEN	61

3. LES DIFFERENTES MODALITES DE RETOUR D'INFORMATION.....	61
3.1 UN RETOUR D'INFORMATION PAR LE PRELEVEUR QUI EST MINORITAIRE.....	61
3.2 DES MEDECINS INVESTIS DANS L'INTERROGATOIRE DE LEURS PATIENTES.....	62
3.2.1 <i>Existe-t-il des déterminants sous-jacents à cet investissement ?.....</i>	<i>63</i>
3.2.2 <i>Validité des informations communiquées par les patientes.....</i>	<i>64</i>
4. SEXE, MODE D'EXERCICE, PRATIQUES DES MEDECINS PARTICIPANT ET AGE DES PATIENTES : DES CRITERES INFLUENÇANT LE CONTENU DES DOSSIERS MEDICAUX LORSQUE L'EFFECTEUR DU DERNIER FCU N'ETAIT PAS LE MEDECIN GENERALISTE.....	64
4.1 DES DOSSIERS MIEUX RENSEIGNES PAR LES MEDECINS FEMMES.....	64
4.2 DES DOSSIERS MIEUX RENSEIGNES PAR LES MEDECINS HOMMES EXERÇANT EN GROUPE ...	65
4.3 DES DOSSIERS MIEUX RENSEIGNES PAR LES MEDECINS DECLARANT FAIRE DES FCU.....	65
4.4 CHEZ LES MEDECINS HOMMES, LES DOSSIERS DES FEMMES DE PLUS DE 55 ANS SONT MIEUX RENSEIGNES QUE LES DOSSIERS DES FEMMES DE 25-34 ANS.....	65
5. UN RETOUR D'INFORMATION SYSTEMATIQUE, UN SOUHAIT DES MEDECINS GENERALISTES.....	66
5.1 UNE VOLONTE DE LA MAJORITE DES MEDECINS PARTICIPANT.....	66
5.2 PRIORITE DONNEE AUX CABINETS D'ANATOMO-CYTOPATHOLOGIE POUR ASSURER SA GESTION.....	66
6. LA PRESENCE D'UN DEPISTAGE ORGANISE, UN FACTEUR QUI SEMBLE AVOIR UNE INFLUENCE POSITIVE SUR L'IMPLICATION DES MEDECINS GENERALISTES DANS LE DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS.....	66
7. LES ALERTES : UNE AIDE SOUS EXPLOITEE.....	67
8. PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES EN MATIERE DE DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS.....	68
8.1 REALISATION DES FCU : UNE PRATIQUE FREQUENTE PARMIS LES MEDECINS PARTICIPANT	68
8.2 INFLUENCE DES FACTEURS EPIDEMIOLOGIQUES DES MEDECINS SUR LA PRATIQUE DU FCU.....	70
8.2.1 <i>Une pratique plus fréquente chez les médecins de sexe féminin.....</i>	<i>70</i>
8.2.2 <i>L'exercice en groupe favoriserait chez les hommes la pratique des FCU.....</i>	<i>70</i>
8.2.3 <i>Pas d'influence de l'âge, du lieu d'exercice et du statut de maître de stage sur la pratique du FCU</i>	<i>71</i>
8.3 UN PRELEVEUR SOUS-UTILISE.....	72
C. REFLEXIONS SUR LA PROBLEMATIQUE D'UN RETOUR D'INFORMATION SYSTEMATIQUE DES COMPTES-RENDUS DES FCU AUPRES DES MEDECINS TRAITANTS.....	72
1. POURQUOI DEMANDER UN RETOUR D'INFORMATION SYSTEMATIQUE.....	72
2. EST-CE QU'UN RETOUR D'INFORMATION SYSTEMATIQUE DES COMPTES-RENDUS DES FCU AUPRES DES MEDECINS TRAITANTS PEUT INFLUENCER LEURS PRATIQUES ET CONTRIBUER A AUGMENTER LE TAUX DE COUVERTURE DE LEUR PATIENTELE ?.....	73
3. LA MISE EN PRATIQUE DE CE RETOUR D'INFORMATION SYSTEMATIQUE.....	75
3.1 CE QUI EST FAIT ACTUELLEMENT.....	75
3.2 LES DIFFERENTS SCENARIOS POSSIBLES : ATOUTS, LIMITES ET PROPOSITIONS.....	76
3.2.1 <i>Un retour d'information centré sur le préleveur.....</i>	<i>76</i>
3.2.2 <i>Un retour d'information centré sur les cabinets d'ACP.....</i>	<i>76</i>
3.2.3 <i>Un retour d'information centré sur les patientes.....</i>	<i>80</i>

3.2.4 Un retour d'information centré sur le dossier médical personnel	81
D PERSPECTIVES ET PISTES DE RECHERCHE	83
1 QUELS SONT LES FREINS A L'ORGANISATION DE CE RETOUR D'INFORMATION SYSTEMATIQUE	83
2 UN IMPACT POSITIF DU DEPISTAGE ORGANISE SUR L'IMPLICATION DES MEDECINS GENERALISTES DANS CELUI-CI ? UNE PISTE DE RECHERCHE A APPROFONDIR.....	83
CONCLUSION	85
BIBLIOGRAPHIE.....	88
ANNEXES.....	95
ANNEXE 1 : EPIDEMIOLOGIE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS EN ISERE 2000-2008	95
ANNEXE 2 : CARTOGRAPHIE DES PROGRAMMES DE DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS EN EUROPE EN 2007	96
ANNEXE 3: MODALITES D'ORGANISATION DES NOUVELLES EXPERIMENTATIONS FRANCAISES DE DEPISTAGE ORGANISE	97
ANNEXE 4 : EPIDEMIOLOGIE DES GYNECOLOGUES EXCERÇANT DE LA GYNECOLOGIE MEDICALE ET DES GENERALISTES AU 01/01/2011 EN FRANCE ET EN ISERE	99
ANNEXE 5 : PRESENTATION DE L'OUTIL VOOZANOO	101
ANNEXE 6 : PAGE D'ACCUEIL DU QUESTIONNAIRE	102
ANNEXE 7 : QUESTIONNAIRE PRINCIPAL « INCLUSION »	103
ANNEXE 8 : QUESTIONNAIRE ANNEXE « INFORMATIONS MEDECIN ».....	105
ANNEXE 9 : MESSAGE D'ERREUR.....	107
ANNEXE 10 : COURRIEL DE PRESENTATION DE L'ETUDE	108
ANNEXE 11 : FICHER EXPLICATIF DES DIFFERENTES MODALITES PRATIQUES DE REMPLISSAGE DES QUESTIONNAIRES	109
ANNEXE 12 : RECEPISSE DE LA DECLARATION A LA CNIL.....	111
ANNEXE 13 : COMMUNIQUE DE PRESSE DU CNGE	112
ANNEXE 14 : QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX CABINETS D'ACP ISEROIS.....	114
ANNEXE 15 : NOUVELLE FICHE FROTTIS DE L'ODLC	116
RESUME	117
ABSTRACT	118

INTRODUCTION

Au niveau mondial, le cancer du col de l'utérus restait en 2005 au deuxième rang des cancers chez la femme en termes d'incidence (après le cancer du sein) avec plus de 500 000 nouveaux cas par an, et au premier rang en terme de mortalité avec 260 000 décès par an (1). Cependant, depuis plus de 50 ans, il est devenu de plus en plus rare dans les pays industrialisés qui connaissent une baisse régulière de son incidence et de sa mortalité (2). Ces évolutions épidémiologiques dans les pays industrialisés peuvent s'expliquer en grande partie par une amélioration des conditions d'hygiène chez les patientes les plus âgées, et par le développement du dépistage individuel par frottis cervico-utérins (FCU) depuis les années 1960 chez les plus jeunes. L'amélioration de la prise en charge thérapeutique contribuerait également à la diminution de la mortalité (3).

En Europe, la situation est hétérogène selon les pays avec, en 2008, 31 419 nouveaux cas de cancers du col de l'utérus estimés (près de 2,8% des cancers féminin) pour 13 568 décès (2,5% de la mortalité féminine) (4).

En France, le cancer du col de l'utérus est le 12^{ème} cancer chez la femme par sa fréquence avec 2 810 cas invasifs estimés pour 2011 (soit 1,8% des cancers chez la femme) (4). Il s'agit également de la 13^{ème} cause de mortalité par cancer chez la femme avec environ 1 000 décès estimés en 2011 (4). Le taux d'incidence de ce cancer n'a cessé de diminuer entre 1980 et 2005 (- 2,9%/an en moyenne) (4) avec un taux d'incidence standardisé monde¹ en 2011 estimé à 6,4 pour 100 000 personnes-années (4). Sur la même période, le taux de mortalité a diminué en moyenne de 4% par an mais cette décroissance a tendance à se ralentir depuis 2000, avec entre 2000 et 2005 une décroissance annuelle de l'incidence de 1,8% et du taux de mortalité de 3,2% (3).

En Isère, le taux d'incidence standardisé du cancer invasif du col de l'utérus en 2008 était de 5,1², contre un taux national estimé à l'époque aux alentours de 7 (4). Quant au taux de mortalité standardisé isérois il était de 1,3² en 2006 (Annexe 1).

En France, à l'heure actuelle, le dépistage individuel reste en vigueur à l'échelle nationale et son organisation repose sur la conférence de consensus de Lille de 1990 (5). En 1995, l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (l'ANDEM) devenue la Haute Autorité de Santé (HAS) ont repris ces recommandations (6) et préconisent à toutes les

¹ Taux d'incidence du cancer du col standardisé sur l'âge de la population mondiale pour 100000 personne-années. Cette standardisation permet de comparer les taux observés entre différentes populations en éliminant l'effet éventuel d'une différence de structure d'âge entre ces populations.

² Données communiquées en 2012 par le Registre du cancer de l'Isère.

femmes de 25 à 65 ans ayant, ou ayant eu une activité sexuelle, de faire un FCU tous les trois ans, après deux FCU normaux à un an d'intervalle. Ce qui est conforme aux différentes recommandations européennes (7) (8) (9).

Avec l'apparition du test HPV (Human Papilloma Virus) et de la vaccination anti-HPV, de nombreuses interrogations sont nées sur les modalités futures du dépistage primaire du cancer du col de l'utérus, objets de nombreuses études en cours à l'échelle internationale (10) (11) (12). A ce jour, le dépistage par le FCU reste la méthode de référence internationale (13).

Le taux de couverture français serait de 58% selon les données de remboursement issues de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB)³ (établi entre 2003 et 2008) (14) et de 80% selon les enquêtes déclaratives réalisées en population générale (15). Cette variabilité relève des biais respectifs de sous et de surestimation inhérents aux différentes études dont sont issus ces taux. On est loin des objectifs de la loi du 9 août 2004 (16) qui fixait de poursuivre la baisse de l'incidence du cancer du col de 2,5% par an en France, « notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80% pour les femmes de 25 à 69 ans ».

En France, la principale problématique de ce dépistage réside actuellement dans son inégalité de répartition (14). Le nombre de FCU réalisés par an en France pourrait couvrir l'ensemble de la population cible (14). Cela correspondrait à une couverture du dépistage de près de 90% si les femmes ne faisaient qu'un seul FCU de dépistage tous les trois ans (2). Près de 51,6% des femmes seraient sous dépistées (pas de FCU en 6 ans ou plus de 3 ans ½ entre 2 FCU); 40,6% seraient sur dépistées (rythme entre 2 FCU inférieur à 2 ans ½); et 7,9% auraient un intervalle de 3 ans bien respecté entre 2 FCU (14). Les principaux facteurs de risque identifiés dans les populations sous ou non dépistées sont l'âge supérieur à 50 ans et les femmes socio économiquement défavorisées (14) (17).

Cette problématique d'inégalité est le premier front d'attaque de toutes les politiques de santé publique actuelles comme en témoigne la mesure 14 du plan cancer 2009-2013 (18) qui vise à « lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage ». Pour améliorer ce taux de couverture et arriver à accéder à la population non ou mal dépistée, un dépistage national organisé (DO) s'avère indispensable pour de nombreux experts (19) et a été jugé efficient par de nombreuses institutions internationales (9) (13) (20) (21).

Les principaux objectifs attendus d'un DO seraient (14) :

- d'augmenter la couverture du dépistage en élaborant un dépistage plus égalitaire,
- de promouvoir une réflexion approfondie collective et coordonnée sur les conditions de mise

³ L'échantillon généraliste des bénéficiaires est un échantillon permanent, anonyme et représentatif au 1/97^e des assurés sociaux et ayants droit. Aujourd'hui composé de 500 000 personnes du régime général d'assurance maladie, il comptera à terme 600000 personnes relevant de l'ensemble des régimes (les trois grands régimes et les régimes spéciaux). Ce panel a pour objectif de suivre dans le temps la consommation de soins des bénéficiaires qui le composent.

en œuvre du dépistage avec mise en place d'un véritable programme d'assurance qualité,
- d'établir un recueil de données national par les structures de gestion facilitant l'évaluation de la couverture du dépistage, des lésions dépistées et de sa qualité sur un territoire donné.

En 2007, le DO était en place dans sept pays européens et en cours d'instauration dans sept autres (22) (Annexe 2). En France, jusqu'en 2010, quatre départements pilotes disposaient d'un programme d'expérimentation de DO (Isère, Haut Rhin, Bas Rhin et Martinique) (14), et actuellement neuf autres sites expérimentaux ont été mis en place pour une durée de trois ans (14) (Annexe 3). La HAS a publié en décembre 2010 un nouvel avis sur les stratégies de dépistage du cancer du col de l'utérus (23) (24). Les conclusions sont en faveur d'une organisation d'un programme de dépistage au niveau national qui, d'après la HAS, pourrait réduire l'incidence et la mortalité liées à ce cancer de respectivement 16,1% et 19,5% avec un coût de 22 700 euros par année de vie sauvée (14). Les préconisations s'articulent autour de quatre axes : les acteurs du dépistage ; la qualité du dépistage ; l'organisation du dépistage ; la prise en compte des spécificités territoriales et des populations. Les résultats des expérimentations permettront d'alimenter une réflexion nationale sur l'opportunité de cette mise en place.

En Isère, l'Office De Lutte contre le Cancer (ODLC) est une structure locale de type associative Loi 1901 qui a en charge le DO de trois cancers (sein, colorectal et col de l'utérus). Il s'agit de la première expérimentation de DO du cancer du col de l'utérus en France, qui a débuté en 1990. Celui-ci s'inscrivait, initialement, dans le cadre d'un programme commun avec le dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal s'adressant aux femmes de 50 à 69 ans, tranche d'âge la moins couverte dans le cadre du dépistage individuel, avant d'être étendu aux femmes de 50 à 74 ans. Depuis 2009, conformément au cahier des charges national du dépistage du cancer du col de l'utérus (25), l'ensemble des structures de gestion métropolitaine ont harmonisé leur programme, reprenant le modèle alsacien qui s'adresse aux femmes de 25 à 65 ans n'ayant pas eu de FCU au cours des trois dernières années. C'est d'ailleurs ce modèle que prône la HAS, dont le ratio coût-efficacité serait le plus intéressant (14).

Les premières évaluations d'impact de ces programmes expérimentaux ont montré que s'il n'a pas été observé d'impact sur la couverture à trois ans après ajustement des départements sur l'offre de soins et le niveau social de la population, le DO tend à améliorer significativement le taux de couverture sur cinq ans (+5%) et cela particulièrement chez les femmes âgées de 50 à 65 ans (+ 8,5% de couverture) (14).

Les médecins généralistes font partie des professionnels de santé les plus au contact des femmes sous ou non dépistées, dont la proportion dans leurs salles d'attentes (26) est proche de celle des enquêtes déclaratives faites auprès de l'ensemble de la population française (27).

En raison d'une densité nationale plus importante (28), d'une meilleure répartition géographique sur le territoire (28) (29) et d'un taux de praticien en secteur 1 plus élevé (30), les médecins généralistes sont plus accessibles que les gynécologues pratiquant de la gynécologie médicale (Annexe 4).

De par son accessibilité, sa proximité et sa capacité à relayer les actions de santé publique en les adaptant aux caractéristiques individuelles de leurs patients, le médecin généraliste semble être un des acteurs de santé le plus à même d'atteindre cette population sous ou non dépistée. Il a un rôle important à jouer dans ce combat contre l'inégalité d'accès au dépistage. Une politique ambitieuse de dépistage des cancers passe par une forte mobilisation des médecins généralistes (31).

A l'heure actuelle, que ce soit dans les textes de lois (32) (33), dans les recommandations de la HAS (24), dans le dernier Plan Cancer (18) ou dans leurs motivations (34), les médecins généralistes traitants sont placés au premier rang de la coordination du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Les dernières recommandations de la HAS se sont intéressées aux missions du médecin généraliste traitant dans le cadre précis du dépistage du cancer du col de l'utérus qui sont détaillées dans la recommandation 3 de l'axe 1 (24). Il y est précisé que : « Pour chacune de ses patientes, le médecin traitant coordonne le dépistage. Il effectue la synthèse des informations transmises par les professionnels de santé concernés (dans le respect des obligations déontologiques et légales), incite à la participation au dépistage, prescrit un test de dépistage ou réalise lui-même le prélèvement, et s'assure de la bonne prise en charge en cas de test positif ».

Pour les médecins généralistes, les enjeux de ce dépistage s'intègrent actuellement dans une quadruple logique (35) comprenant : la place de l'activité gynécologique dans leur activité habituelle ; la place de l'activité de prévention ; la gestion de la relation médecin/malade (36) ; et la coordination avec les autres acteurs du système de santé (37) (38) (gynécologue, anatomopathologiste, biologiste et sage-femme (39)).

Se pose alors la question de savoir si les médecins généralistes traitants disposent des éléments nécessaires à la coordination de ce dépistage. Celle-ci ne pouvant être correctement assurée qu'à la condition que les médecins aient connaissance du statut du dernier FCU de leurs patientes.

Comme le rappellent les dernières recommandations de la HAS (24), le retour d'information des résultats des FCU auprès des médecins traitants quand ils n'ont été ni préleveur ni prescripteur de l'examen est une obligation déontologique et légale depuis 2005 (recommandation 3 axe 1).

La convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes de 2005 (40) a défini :

- d'une part, dans l'article 1-2, la notion de « médecin correspondant » qui garantit le « second recours » et qui, lorsqu'il « répond aux sollicitations du médecin traitant », doit lui transmettre un retour d'information.

- d'autre part, dans l'article 1-3, la notion « d'accès spécifique » confirmé dans la convention 2011 (41) qui autorise un accès direct aux gynécologues, notamment pour « les examens cliniques gynécologiques périodiques, comprenant les actes de dépistage ». Concernant le retour d'information il est précisé dans la convention de 2011 (41) que « les médecins en accès spécifique veillent à tenir informé, avec l'accord du patient, le médecin traitant de leurs constatations et lui transmettre, dans les délais raisonnables, nécessaires à la continuité des soins et compatibles avec la situation médicale du patient, les éléments objectifs utiles à la prise en charge du médecin traitant (article 14.1) ». En matière de dépistage (titre 3 sous-titre 2) (41) il est précisé que : « les parties signataires conviennent, dans ce cadre, de décliner et d'assurer un retour d'information individuel auprès de chaque médecin traitant sur les résultats obtenus et leur pratique, afin d'améliorer l'efficacité de ces actions de prévention ».

Le retour d'information des résultats des FCU auprès des médecins traitants s'inscrit pleinement dans la démarche d'assurance qualité sur laquelle insistent les dernières recommandations de la HAS qui proposent les modalités suivantes pour sa mise en application (recommandation 10 de l'Axe 3) (24) : « Le préleveur doit s'assurer que les coordonnées du médecin traitant sont transmises à la structure d'anatomo-cytopathologie (ACP) dans le document qui accompagne le test de dépistage. La structure d'ACP transmet les résultats du test de dépistage au préleveur, au prescripteur, au médecin traitant et tout ou partie du compte rendu à la structure de gestion. Le cas échéant, les résultats des investigations diagnostiques sont transmis par le prescripteur au médecin traitant et à la structure de gestion qui s'assurent du suivi. Les caisses d'assurance maladie transmettent à chaque médecin traitant la liste de ses patientes n'ayant pas bénéficié d'un FCU au cours des 3 dernières années ».

Pour autant, le retour d'information systématique des comptes rendus des FCU auprès des médecins traitants, apparaît peu effectif dans la pratique courante (42) (43).

Les résultats d'une étude réalisée en 2009 en Lorraine (42) montrent que le contenu des dossiers médicaux des médecins généralistes est d'excellente qualité lorsqu'ils ont réalisé eux-mêmes le dernier FCU, avec un taux de dossiers renseignés de 95,3% pour l'ensemble de trois critères (date, résultat et qualité du FCU) atteignant même 98,4% pour les critères de date et de résultat. En revanche, lorsque le médecin généraliste n'a pas réalisé le dernier FCU,

seuls 9,5% des dossiers sont totalement renseignés et seuls 12% des dossiers médicaux font état d'un retour d'information relatif à un FCU réalisé par un autre préleveur.

Dans le Haut-Rhin, en 2007, une auto-évaluation des dossiers médicaux par des médecins généralistes a montré que seulement 25,9% des dossiers médicaux comportaient à la fois la date et le résultat du dernier FCU. Les auteurs notaient que ce chiffre était inférieur à ceux relatifs au dépistage du cancer du sein et au cancer du côlon (43).

Aucune étude ne s'est encore intéressée à la problématique du retour d'information des résultats des FCU auprès des médecins généralistes quand ils n'ont été ni préleveur ni prescripteur de l'examen, dans un département bénéficiant d'un DO. En Isère, l'ODLC, dès la mise en route de son programme en 1990, a donné au médecin traitant un rôle central (44). Le but était double : cibler une population à risque et élargir le champ des « préleveurs de frottis » aux médecins généralistes. Nous pouvons alors nous poser la question de l'impact que peuvent avoir ces actions sur l'implication des médecins généralistes dans la coordination de ce dépistage.

L'objectif principal de notre étude était de décrire le contenu des dossiers médicaux des médecins généralistes traitants isérois, afin de voir s'ils comportent les données nécessaires à la coordination de ce dépistage, en particulier quand le médecin généraliste traitant n'a été ni le préleveur ni le prescripteur du dernier FCU.

MATERIEL ET METHODE

1. TYPE D'ETUDE

Nous avons choisi de réaliser une étude de prévalence, prospective, descriptive du contenu des dossiers médicaux des médecins généralistes isérois quant aux informations relatives aux comptes-rendus des FCU des patientes dont ils sont médecins traitants.

2. OBJECTIFS DE L'ETUDE ET QUESTION DE RECHERCHE

2.1 Objectif principal et question de recherche principale

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer dans un département bénéficiant d'un DO du cancer du col de l'utérus, le retour d'information des résultats des FCU de dépistage auprès des médecins généralistes traitants, en particulier quand ils n'ont été ni préleveur ni prescripteur de l'examen.

Il en découle la question de recherche principale suivante :

Quel est le taux de dossiers renseignés sur le dernier FCU des patientes des médecins traitants isérois quand ceux-ci n'ont été ni préleveur ni prescripteur de l'examen ?

2.2 Objectifs secondaires

Nous avons définis les objectifs secondaires suivants :

- ✓ évaluer les différentes modalités de recueil des données (date et résultat du dernier FCU) quand le médecin généraliste traitant n'a été ni préleveur ni prescripteur de l'examen,
- ✓ évaluer les attentes des médecins généralistes traitants relatives à cette problématique du retour d'information,
- ✓ évaluer le ressenti des médecins généralistes traitants quant à l'impact de la présence d'un DO en Isère sur leur implication dans ce dépistage,
- ✓ évaluer le taux de FCU prélevé ou prescrit par les médecins généralistes traitants isérois.

Quand les effectifs le permettaient, nous avons analysé l'influence des caractéristiques épidémiologiques des médecins et des patientes pour chacune des variables d'intérêt répondant à nos objectifs.

3. POPULATION ETUDIEE

3.1 Population cible

Tous les médecins généralistes isérois à l'exception des médecins exerçant exclusivement une activité spécifique et n'étant pas médecin traitant de leurs patientes.

3.2 Population source

Nous avons obtenu notre population source à partir du recouplement de deux bases de données d'adresses mail de médecins généralistes isérois :

- ✓ celle de l'ODLC comprenant 712 médecins généralistes traitants isérois. Cette liste ne comprenait aucun médecin généraliste ayant une activité spécifique exclusive.
- ✓ celle du Collège Inter alpin des Médecins Enseignants (CIME) regroupant les médecins généralistes maîtres de stage isérois du deuxième et troisième cycle de la faculté de médecine de Grenoble. Cette liste comprenait 135 médecins. Parmi ces 135 médecins ont été exclus 12 médecins pour n'en retenir que 123 :
 - 7 médecins du fait d'un exercice particulier exclusif (6 médecins exerçant à SOS médecins et 1 médecin du sport),
 - 1 médecin pour départ à la retraite,
 - 1 médecin qui a changé d'activité professionnelle,
 - 3 médecins qui ont testé mon questionnaire, dont notre directeur de thèse.

Au total après recouplement des deux listes : la population source éligible à la participation de cette étude était de **729 médecins généralistes traitants isérois**.

Afin d'obtenir le meilleur taux de participation possible il a été décidé de faire une enquête exhaustive (45), sur l'ensemble de la population source.

4 INCLUSIONS DES PATIENTES

4.1 Nombre d'inclusions minimum nécessaire

Dans la littérature, le taux de dossiers renseignés sur le dernier FCU des patientes, quand celui n'a été ni prélevé ni prescrit par le médecin généraliste, est évalué à 12% (42). Dans notre étude, nous avons souhaité fixer une précision de ce taux à 3% avec un intervalle de confiance à 95%. Pour cela le nombre minimum d'inclusions totales nécessaire s'élève à **552 patientes**.

Pour le calculer, nous avons utilisé la formule suivante: $n = \frac{Z^2_{\alpha/2}}{i^2} pq$ (45)

n = nombre de sujets nécessaires

$Z_{\alpha/2}$ = est lu dans la table de la loi normale centrée réduite, pour une valeur de α égale au risque d'erreur consenti soit ici 0,03

p = prévalence estimée dans la littérature, ici 12% (taux de dossiers renseignés sur le dernier FCU des patientes quand celui-ci n'avait été ni prélevé ni prescrit par le médecin traitant dans l'étude du Dr Ruel.(42))

q = 1 - p

i = précision fixé à 3%

4.2 Nombre d'inclusions par médecin

Nous avons choisi de demander à chaque médecin investigateur d'inclure les 10 premières patientes vues en consultation répondant aux critères d'inclusions suivants, qu'il ait fait ou non le dernier FCU.

4.3 Critères d'inclusion des patientes

- ✓ patientes de 25 à 65 ans (en accord avec les recommandations de la HAS (6)),
- ✓ patientes dont le médecin généraliste investigateur est le médecin traitant (rôle de coordination du dossier médical).

4.4 Critères d'exclusion des patientes

- ✓ antécédent de FCU anormal (ASC-US⁴, AGC-US⁵, ASC-H⁶, LSIL⁷, HSIL⁸, SCC⁹, AGC¹⁰, AIS¹¹), afin de rester dans le cadre du dépistage primaire,
- ✓ antécédent d'hystérectomie totale sans conservation du col.

5. RECUEIL DES DONNEES

5.1 Questionnaire en ligne

Afin de faciliter le recueil des données, d'éviter les erreurs de saisie des résultats, et dans la mesure où une majorité des médecins généralistes est actuellement informatisée, nous avons décidé d'utiliser un recueil de données via un questionnaire en ligne. De mai à novembre 2011, nous avons utilisé le logiciel en ligne VOOZANOO® (www.voozanoo.fr) pour réaliser notre questionnaire (Annexe 5).

5.2 Identification des médecins participant à l'étude

Chaque médecin ayant accepté de participer à l'étude a reçu par mail le lien de la page web du questionnaire (<https://voo123.voozanoo.net/123/essai19/enquetes/1603493673>) (Annexe 6) ainsi que leurs paramètres de connexion personnels qui comprenaient un identifiant et un mot de passe leur ayant été assigné de façon aléatoire.

5.3 Les formulaires de recueils

Nous avons créé deux questionnaires distincts avec :

- ✓ un questionnaire annexe « Informations médecin » à ne remplir qu'une seule fois,
- ✓ un questionnaire principal « Inclusion » à remplir pour chaque inclusion.

⁴ASC-US : Atypical squamous cells undetermined significance

⁵AGC-US : Atypical glandular cells undetermined significance

⁶ASC-H : Atypical Squamous Cells cannot exclude HSIL

⁷LSIL : Low grade squamous intraepithelial lesion

⁸HSIL : High grade squamous intraepithelial lesion

⁹SCC : Squamous Cell Carcinoma

¹⁰AGC : Atypical Glandular Cells

¹¹AIS : Adénocarcinome In Situ

Une aide méthodologique a été apportée par le Centre d'Investigation Clinique (CIC) via le Dr EGO pour la réalisation de ces deux questionnaires.

5.3.1 Le questionnaire principal « Inclusion » (Annexe 7)

Les données recueillies étaient les suivantes :

- ✓ une donnée relative à la patiente incluse : âge (bornes fixées entre 25 et 65 ans),
- ✓ des données relatives au dernier frottis,
- ✓ une donnée relative à la planification du dépistage,
- ✓ un espace « commentaire libre » en fin de questionnaire.

5.3.2 Le questionnaire annexe « Informations médecin » (Annexe 8)

Les données recueillies étaient les suivantes :

- ✓ des données d'ordre épidémiologique (âge, sexe, lieu d'activité, mode d'activité),
- ✓ des données relatives à leurs pratiques dans le cadre de ce dépistage,
- ✓ des données relatives à la présence de l'ODLC dans le département,
- ✓ des données relatives à leurs souhaits en matière de retour d'information des comptes-rendus des FCU de leurs patientes.

5.4 La validation des données

En cas de données manquantes, un message d'erreur s'affichait au moment de la validation (Annexe 9). Cependant, il n'a pas été techniquement possible de paramétrer les réponses de l'ensemble des questions comme obligatoire.

5.5 Le testing des questionnaires

D'octobre à décembre 2011 : les deux questionnaires ont été testés en situation réelle par cinq médecins généralistes traitants (trois isérois et deux non isérois). Trois de ces médecins faisaient partie initialement de la population source et par conséquent ont dû en être exclus. Le temps de remplissage a été estimé en moyenne de trois minutes pour le questionnaire « Informations médecin » et de moins de trois minutes pour le questionnaire « Inclusion ».

6. LA COMMUNICATION AVEC LES MEDECINS PARTICIPANTS

6.1 Le recrutement des participants

Le recrutement des médecins investigateurs s'est fait sur le mode du volontariat.

Le 26/01/2012, l'ODLC a diffusé à la population source un mail de présentation de l'étude et d'invitation à y participer (Annexe 10). Pour des questions de confidentialité, nous disposions juste des noms des médecins destinataires sans avoir accès à la liste de diffusion.

Devant le faible taux de participation nous avons effectué :

- ✓ une relance par courriel électronique le 08/02/2012,
- ✓ une relance par courrier postal fin février 2012 qui a concerné 660 médecins:
 - 658 médecins n'ayant pas donné réponse à l'invitation électronique,
 - 2 médecins pour lesquels il nous est revenu une erreur d'adresse mail,
- ✓ une dernière relance téléphonique en mars 2012 a concerné les 616 médecins n'ayant pas encore répondu positivement ou négativement à l'invitation postale.

Tous les médecins sauf 50 (25 en congés, 5 erreurs de numéro, 10 en arrêt maladie ou maternité, 10 numéros qui sonnaient dans le vide) ont été contactés soit directement, soit par le biais de leur secrétariat ou de leur remplaçant à qui nous avons laissé un message et nos coordonnées. La période de recrutement des médecins investigateurs s'est échelonnée sur une période de un mois et demi.

6.2 La communication avec les participants pendant l'étude

Chaque médecin investigateur ayant accepté de participer à l'étude a reçu par mail le lien du questionnaire et ses paramètres de connexions avec en pièce jointe un fichier explicatif des différentes modalités pratiques de remplissage des questionnaires (Annexe 11).

Chaque jour, nous suivions en direct les inclusions. Dès qu'un médecin avait inclus les 10 patientes requises, un mail lui était retourné afin qu'il en soit averti. N'étant pas dans la possibilité technique de bloquer les inclusions à 10 inclusions, certains médecins ont validé plus de 10 inclusions. Du fait du suivi quotidien des inclusions, en cas d'incohérence dans les données rentrées ou en cas de données manquantes, un mail était immédiatement envoyé à l'investigateur afin de rectifier les données en direct. Cela nous a permis de limiter au maximum les données non analysables en fin d'étude.

Deux mails de relance ont été envoyés respectivement le 07/04/2012 et le 21/04/2012 aux médecins qui n'avaient pas finalisé leurs inclusions. Les inclusions ont été clôturées le 30/04/2012.

7. EXPLOITATION DES DONNEES

7.1 Saisie des résultats

Le logiciel de VOOZANOO® permet de coder directement l'ensemble des données rentrées et d'exporter ces dernières au format « CSV » (Comma-separated values), ce qui nous a permis de rentrer directement toutes les données au sein de deux tableaux Excel®.

7.2 Données exploitées pour l'analyse statistique

Pour le questionnaire « Informations médecin », nous avons exploité l'ensemble des questionnaires, même ceux remplis par les investigateurs qui n'ont pas fait d'inclusions. Pour

le questionnaire « Inclusions », nous avons exploité toutes les inclusions qui répondaient bien aux critères d'inclusions. Nous avons exclu les inclusions des patientes n'ayant jamais eu de FCU, dans l'hypothèse où ces patientes seraient vierges et ne répondraient ainsi pas aux critères d'inclusions, car non concernées par le dépistage.

7.3 Recodage des données

7.3.1 Répartition par classe d'âge des médecins participant

Afin de pouvoir comparer notre population aux populations nationale et départementale, nous avons fait une répartition par classe d'âge des médecins participant à l'étude. Nous avons choisi de prendre les mêmes classes d'âge que celle définies par le Système National Inter-Régimes (SNIR) que l'on retrouve en ligne sur la base de données Eco santé (dernière actualisation en 2010) (30) car elle offre la possibilité de sélectionner les médecins généralistes sur deux critères importants caractérisant notre population cible, que sont l'exercice libéral et l'absence d'activité spécifique.

Pour des raisons d'effectifs, nous avons dû choisir des tranches d'âges différentes pour les analyses restantes.

7.3.2 Répartition par classe d'âge des patientes incluses

Pour l'ensemble de l'analyse statistique nous avons fait une répartition par classe d'âge selon les mêmes classes d'âge que celles définies par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) en 2010 (46) afin de pouvoir comparer notre population aux populations nationale et départementale.

7.3.3 Répartition par classe d'âge des FCU

Nous avons réalisé une répartition des âges des frottis en trois classes :

- ✓ ≤ 3 ans : frottis à jour selon les recommandations françaises,
- ✓ > 3 ans et ≤ 5 ans : frottis à jour selon les recommandations européennes,
- ✓ > 5 ans : frottis non à jour.

Du fait des très faibles effectifs des frottis de plus de 5 ans, pour l'analyse statistique nous avons regroupé les tranches de frottis (> 3 ans et ≤ 5 ans) et > 5 ans.

7.3.4 Regroupement des données

Afin de disposer d'un nombre suffisant d'effectif par catégorie de mode d'exercice et permettre l'analyse statistique, nous avons secondairement introduit un amendement au protocole et choisi de regrouper les médecins exerçant en groupe hors maison de santé, en maison de santé et en centre de santé en considérant que ces modes d'exercices étaient plus proches sur le plan organisationnel.

7.4 Création de nouvelles variables

7.4.1 Effecteur du dernier FCU

Dans le cas où les médecins n'avaient pas fait le dernier FCU de leur patiente et qu'ils avaient reçu un retour d'information de l'effecteur, ils ont été plus de 10% à donner en commentaire libre l'identité de l'effecteur.

Cela nous autorise alors à rajouter à notre questionnaire la question suivante :

Qui était l'effecteur du dernier FCU de votre patiente dans le cas où vous avez reçu un retour d'information de sa part ?

Au vu des réponses des participants nous avons pu définir deux modalités de réponses :

- ✓ le gynécologue,
- ✓ un autre médecin généraliste.

7.4.2 Justifications de l'absence de données concernant le dernier FCU

Dans le cas où les médecins ne disposaient pas de la date et/ou du résultat du dernier FCU de leurs patientes, ils ont été plus de 10% à donner, en commentaire libre une justification.

Cela nous autorise alors à rajouter à notre questionnaire la question suivante :

Comment justifiez-vous que vous ne disposiez pas de la date et/ou du résultat du dernier FCU de cette patiente ?

Au vu des données nous avons pu définir neuf modalités de réponses :

- ✓ patiente vue pour la première fois,
- ✓ patiente dont je suis le médecin traitant depuis moins d'un an,
- ✓ patiente suivie par un gynécologue,
- ✓ patiente refusant de faire un FCU,
- ✓ patiente nomade,
- ✓ patiente pensant ne plus avoir besoin de suivi gynécologique,
- ✓ j'ai prescrit le dernier FCU mais je n'ai encore reçu aucun compte-rendu,
- ✓ la patiente n'est pas au courant de la date et ou du résultat de son dernier FCU,
- ✓ dernier FCU fait très récemment, d'où l'absence de résultat.

8. MODALITE REGLEMENTAIRE

Conformément aux obligations prévues par la loi « Informatiques et libertés » (47) nous avons effectué une déclaration de nos fichiers de données auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) enregistrée sous le numéro 1551704 v 0 (Annexe 12).

9. MODALITES DE TRAITEMENT DES DONNEES

Les différentes variables recueillies sont de deux types : qualitatives et quantitatives.

Les résultats des variables quantitatives sont présentés sous la forme moyenne +/- écart type minimum, maximum et médiane. Ceux des variables qualitatives sont présentés sous la forme d'effectifs et de pourcentage.

Pour chacun de nos objectifs nous avons organisé notre analyse en trois parties :

- ✓ première partie : description des variables d'intérêt répondant à nos objectifs.
- ✓ seconde partie : sous réserve d'effectifs suffisants : analyse univariée testant l'association des variables d'intérêt avec les caractéristiques épidémiologiques des médecins et des patientes.
- ✓ troisième partie : représentation graphique des résultats significatifs.

Dans notre étude, en raison de limites techniques, nous n'avons pas pu obtenir le même nombre d'inclusion par médecin. Par conséquent, dans l'hypothèse où notre échantillon d'inclusion ne serait pas représentatif de l'échantillon des médecins participants sur leurs caractéristiques épidémiologiques, les résultats de nos analyses univariées risquaient d'être biaisés.

Afin d'écarter ce biais potentiel nous avons vérifié au préalable :

- ✓ qu'aucune caractéristique épidémiologique des médecins n'avait influencé le nombre d'inclusion.
- ✓ que la répartition des inclusions en fonction des caractéristiques épidémiologiques des médecins était comparable à celle des médecins participants en fonction de ces mêmes caractéristiques (calcul des intervalles de confiance des pourcentages).

La répartition des médecins participant à l'étude n'étant pas équitable sur le sexe dans les différentes classes d'âges et dans les différents mode d'exercice, les analyses ont été réalisées en stratifiant sur le sexe en cas d'association significative entre une variable d'intérêt et l'âge et/ou le mode d'exercice afin de tester l'hypothèse que le sexe serait un biais de confusion à l'origine de cette association significative.

Les comparaisons des variables qualitatives entre deux groupes ont été réalisées par des tests du Chi². Quand un effectif théorique était inférieur à 5, pour les tableaux de contingence 2x2, nous avons utilisés le test exact de Fisher et, pour les tableaux de contingence de plus 2x2, nous avons procédé dans la limite des possibilités, à des regroupements de données.

Le seuil de significativité choisi pour l'ensemble des analyses statistiques est de 0,05.

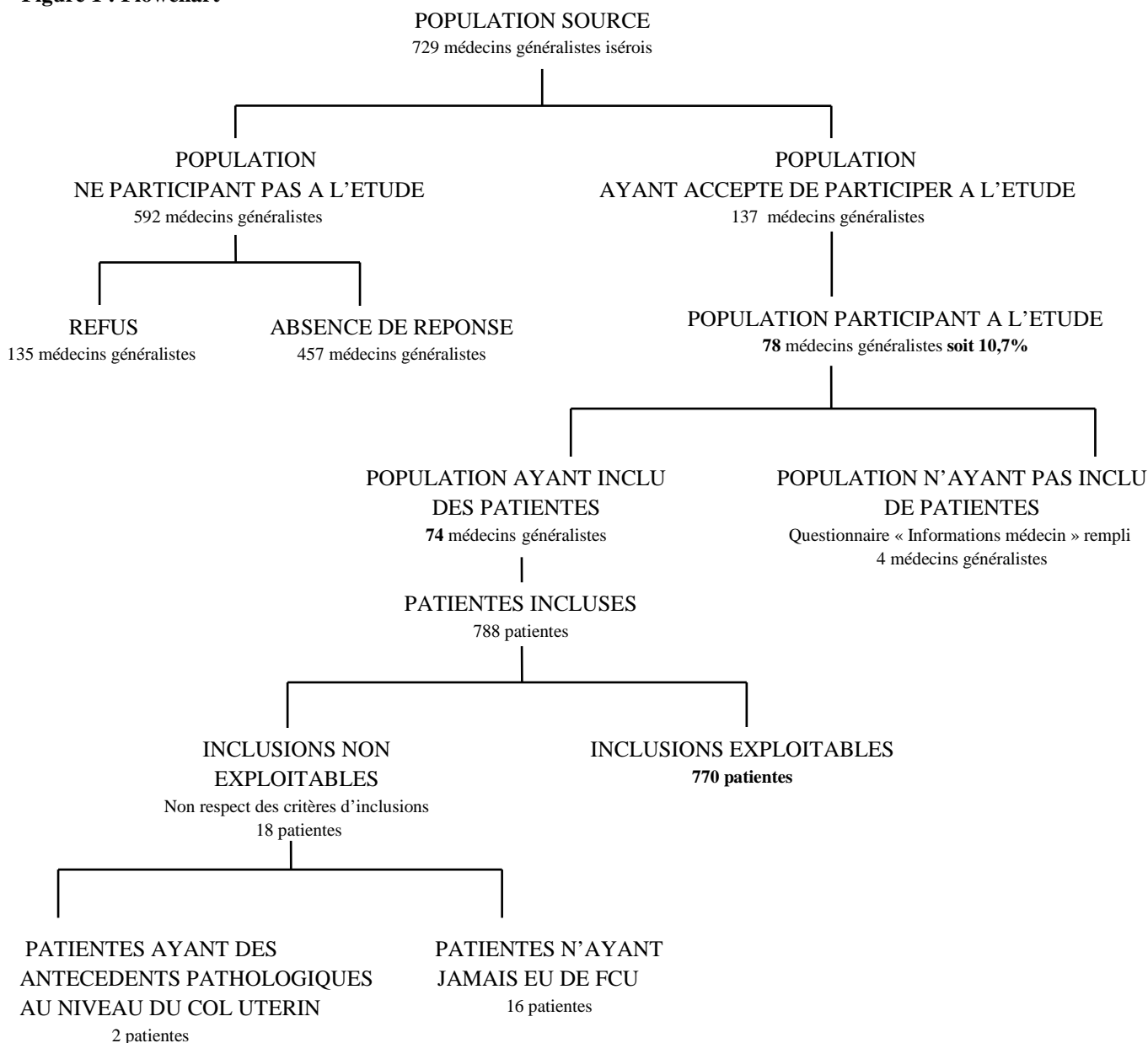
Le logiciel utilisé a été SPSS version 11.5.

RESULTATS

1. TAUX DE PARTICIPATION A L'ETUDE

Le taux de participation a été de **10,70%** et l'analyse statistique a porté sur **770 inclusions**¹² effectuées par **74** médecins généralistes (Figure 1).

Figure 1 : Flowchart



¹² Nombre d'inclusions minimum nécessaire : 552

2. CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES DES MEDECINS PARTICIPANT (Tableau 1 et 2)

Tableau 1 : Comparatif des caractéristiques épidémiologiques des médecins participant, à la population non participante, à la population source et à la population iséroise et nationale

Variable	Modalité	Médecins généralistes français ¹	Médecins généralistes isérois ¹	Population source	Population non participante	Population participante	p-value (chi2)
		N=54813 N/n(%)	N=993 N/n(%)	N=729 N/n(%)	N=651 N/n(%)	N=78 N/n(%)	
Sexe	H	39354/71,80	641/64,55	446/61,2	404/62,06	42/53,85	0,12
	F	15469/28,2	352/35,45	283/38,8	247/37,94	36/46,15	
Age	moyenne	52,1	50,7	-	-	47,58(+/-9,4)	
	médiane	-	-	-	-	50	
	extrêmes	-	-	-	-	30-68	
	<40	5920/10,80	160/16,15	-	-	21/26,92	< 0,001
	[40-55[24847/45,33	441/44,4	-	-	39/50	
	≥55	24046/43,87	392/39,45	-	-	18/23,08	
Lieu d'exercice	urbain	-/-	-/-	636/87,2	571/87,71	65/83,33	0,54
	rural	-/-	-/-	93/12,8	80/12,29	13/16,67	
Mode d'exercice	seul	-/-	-/-	-/-	-/-	23/29,49	
	en groupe ² maison de santé et/ou centre de santé	-/-	-/-	-/-	-/-	46/58,97	
		-/-	-/-	-/-	-/-	9/11,54	
Maître de stage	oui	-/-	-/-	123/16,9	104/15,97	19/24,35	0,17
	non	-/-	-/-	606/83,1	547/84,03	59/75,65	

- : donnée manquante

¹ : données SNIR 2010 en ligne sur le site eco-santé.fr (30)

² : en groupe hors maison de santé et/ou centre de santé

- La répartition, par classes d'âge, des médecins participant, n'était pas comparable à celle des médecins généralistes français et isérois ($p < 0,001$) (Figure 2) avec :
 - ✓ plus de médecins de moins de 40 ans dans la population participante que dans la population iséroise et française,
 - ✓ moins de médecins de plus de 55 ans dans la population participante que dans la population iséroise et française.

Figure 2 : Répartition des médecins français, isérois et participant à l'étude en fonction de l'âge

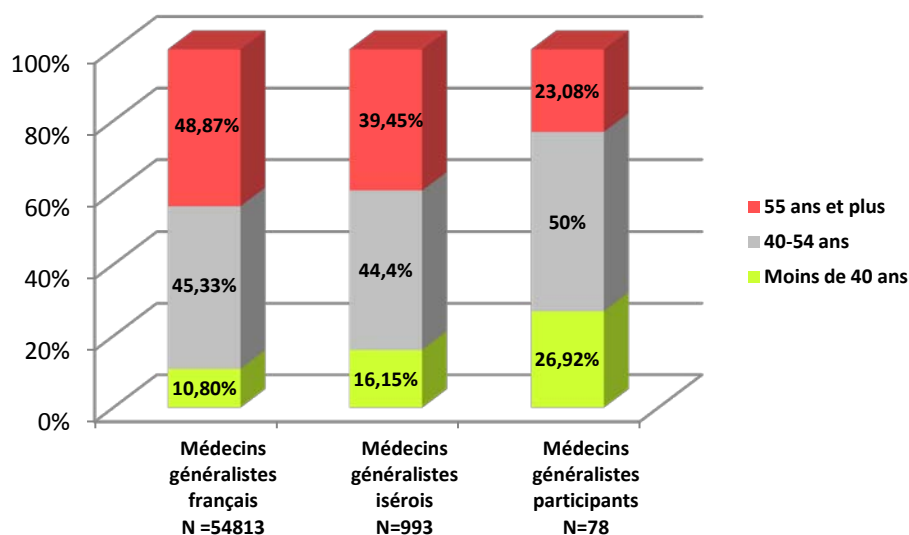


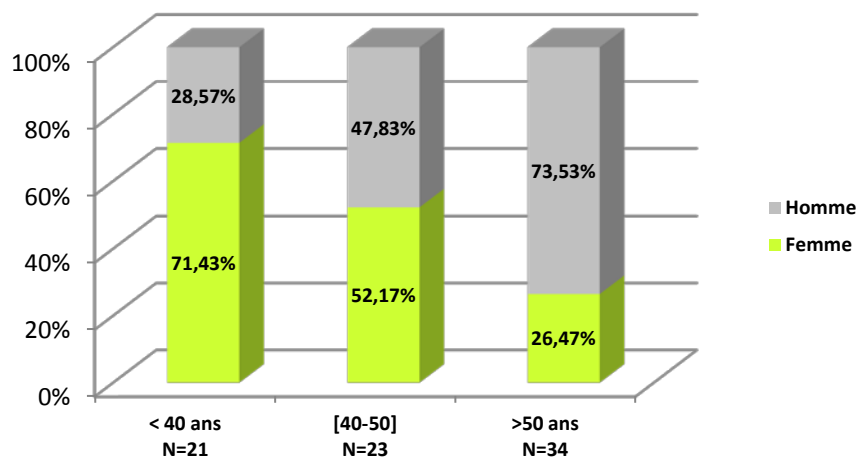
Tableau 2 : Comparatif des caractéristiques épidémiologiques des médecins participant à l'étude en stratifiant sur le sexe

Variable	Modalité	Homme	Femme	Total	p- value (chi2)
		N=42	N=36	N=78	
		N/n(%)	N/n(%)	N/n(%)	
Age	< 40ans	6/28,57	15/71,43	21/26,92	0,004
	[40-50]	11/47,83	12/52,17	23/29,49	
	> 50 ans	25/73,53	9/26,47	34/43,59	
Lieu d'exercice	urbain	35/53,85	30/46,15	65/83,33	1
	rural	7/53,85	6/46,15	13/16,67	
Mode d'exercice	seul	18/78,26	5/21,74	23/29,49	0,005
	en groupe ¹	24/43,63	31/56,37	55/70,51	
Maître de stage	oui	9/47,37	10/52,63	19/24,35	0,51
	non	33/55,93	26/44,07	59/75,65	

¹regroupement des modes d'exercice : en groupe hors maison de santé, maison de santé et centre de santé

- Dans la population participante il y avait plus de femmes que d'hommes dans le groupe des médecins âgés de moins de 40 ans ($p = 0,004$) et il y avait plus de médecins hommes dans le groupe des médecins âgés de plus de 50 ans ($p = 0,004$) (Figure 3).

Figure 3 : Répartition des médecins participant à l'étude par tranche d'âge en fonction du sexe



- Dans la population participante il y avait plus d'hommes que de femmes dans le groupe des médecins exerçant seul ($p = 0,005$).

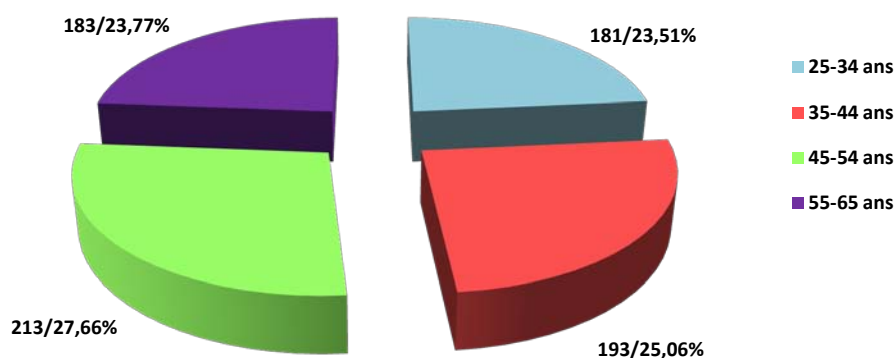
3. CARACTERISTIQUE EPIDEMIOLOGIQUE DES PATIENTES INCLUSES

3.1 Age des patientes incluses (Figure 4)

Les patientes incluses dans cette étude avaient un âge moyen de **44,65 ans** (+/- 11,40).

La patiente la plus jeune avait 25 ans et la plus âgée avait 65 ans. La médiane était à 45 ans.

Figure 4 : Répartition des patientes incluses par classes d'âge



La répartition par classes d'âge de la population féminine incluse dans cette étude était comparable à celle de la population féminine française et iséroise, sans différence statistique significative (respectivement pour les quatre classes d'âge, par ordre croissant : $p = 0,88$ / $p = 0,66$ / $p = 0,93$ / $p = 0,90$).

4. REPRESENTATIVITE DES INCLUSIONS SUR LES CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES DES MEDECINS (Tableau 3)

Tableau 3: Comparaison de la répartition des inclusions en fonction des caractéristiques épidémiologiques des médecins et de la répartition des médecins participant sur ces mêmes caractéristiques

Variables se rapportant aux médecins participant	Modalité	Structure de l'échantillon des médecins participant N=74		Variables se rapportant aux médecins ayant fait les inclusions	Modalité	Structure de l'échantillon des inclusions N=770		Représentativité de l'échantillon des inclusions
		N% [95%]				N%		
Sexe	H	55,4 [44,07 – 66,73]		Sexe	H	54,2		oui
	F	44,6 [33,27 – 55,93]			F	45,8		
Age	<40 ans	27 [16,89 – 37,11]		Age	<40 ans	28,1		oui
		<u>H</u>	<u>F</u>			<u>H</u>	<u>F</u>	
	30[9,92– 50,08]	70[49,92-90 ,08]	28,24		71,74			
	40-50 ans	27 [16,89 – 37,11]			40-50 ans	28,1		
		<u>H</u>	<u>F</u>			<u>H</u>	<u>F</u>	
		50[28,09– 71,91]	50[28,09– 71,91]			50,93	49,07	
	>50 ans	46 [34,65–57,35]			>50 ans	43,8		
		<u>H</u>	<u>F</u>			<u>H</u>	<u>F</u>	
		73,53 [59,36–87,7]	26,47[12,3-40,64]			72,78	27,22	
Lieu d'exercice	urbain	83,8 [75,41 – 92,19]		Lieu d'exercice	urbain	83,9		oui
		<u>H</u>	<u>F</u>			<u>H</u>	<u>F</u>	
		54,84[42,46 – 67,22]	45,16[32,78 – 57,54]			54,34	45,66	
	rural	16,2 [7,81 – 24,59]			rural	16,1		
		<u>H</u>	<u>F</u>			<u>H</u>	<u>F</u>	
		58,34[30,45 – 86,23]	41,66[13,77 – 69,55]			53,23	46,77	
Mode d'exercice	seul	29,7 [19,29 – 40,11]		Mode d'exercice	seul	28,6		oui
		<u>H</u>	<u>F</u>			<u>H</u>	<u>F</u>	
		81,82 [65,7 – 97,94]	18,18 [2,69 – 34,29]			85,91	14,09	
	en groupe	70,3 [59,89 – 80,71]			en groupe	71,4		
		<u>H</u>	<u>F</u>			<u>H</u>	<u>F</u>	
		44,23[30,73 – 57,73]	55,77[42,27– 69,27]			41,46	58,54	
Maître de stage	oui	24,3 [14,54 – 34,06]		Maître de stage	oui	23,1		oui
		<u>H</u>	<u>F</u>			<u>H</u>	<u>F</u>	
		50[26,91 – 73,09]	50 [26,91 – 73,09]			50	50	
	non	75,7 [65,94 – 85,46]			non	76,9		
		<u>H</u>	<u>F</u>			<u>H</u>	<u>F</u>	
		57,14[44,31 – 69,97]	42,86[30,03 – 55,69]			55,41	44,59	
Réalisation de FCU ¹	oui	86,5 [78,72 – 94,28]		Réalisation de FCU ¹	oui	85,3		oui
		<u>H</u>	<u>F</u>			<u>H</u>	<u>F</u>	
		50[38,23 – 61,77]	50[38,23 – 61,77]			52,21	47,79	
	non	13,5 [5,72 – 21,28]			non	14,7		
		<u>H</u>	<u>F</u>			<u>H</u>	<u>F</u>	
		90 [71,41– 100]	10[0– 28,59]			91,15	8,85	

¹Pratique déclarée des médecins généralistes

L'échantillon des inclusions de l'étude **était représentatif** des médecins participant à l'étude sur leurs caractéristiques épidémiologiques et sur la variable réalisation de FCU.

5. INTERET DES MEDECINS POUR L'ETUDE

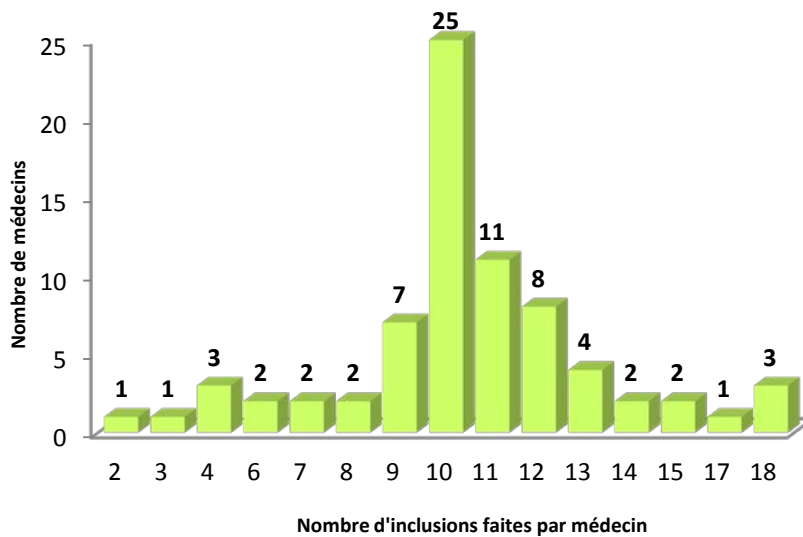
5.1 Nombre d'inclusions exploitables (Figure 5)

Le nombre moyen d'inclusions exploitables a été de **10,41** (+/-3,04).

Respectivement le nombre d'inclusion minimum et maximum par médecin était de 2 et 18. La médiane se situait à **10**.

Le nombre d'inclusions par médecin n'était influencé par aucune des caractéristiques épidémiologiques des médecins participant (sexe ($p = 0,46$), âge ($p = 0,74$), lieu ($p = 0,51$) et mode d'exercice ($p = 0,44$)), ni par le statut de maître de stage ($p = 0,98$).

Figure 5 : Répartition des médecins participant en fonction du nombre d'inclusions



5.2 Temps d'inclusion

Les médecins ont mis en moyenne **8,26 jours** (+/- 13,81 jours) pour inclure la totalité de leurs patientes. Ils ont mis de 1 à 87 jours pour faire leurs inclusions. La médiane était à **3 jours**.

Le temps d'inclusion n'a pas été significativement différent en fonction de l'âge ($p = 0,35$), du sexe ($p = 0,55$), du lieu ($p = 0,47$) ou du mode d'exercice ($p = 0,32$) des médecins.

6. RETOUR D'INFORMATION VERS LE MEDECIN GENERALISTE DES DONNEES RELATIVES AU DERNIER FCU QUAND IL N'A ETE NI PRELEVEUR NI PRESCRIPTEUR DE L'EXAMEN

6.1 Contenu des dossiers médicaux

Parmi les 559 dossiers où le dernier FCU n'a pas été réalisé par le médecin généraliste, **197** étaient renseignés sur la date¹³ du dernier FCU, soit **35,24%**, **137** étaient renseignés sur le résultat¹⁰ du dernier FCU soit **24,51%** et **135** étaient renseignés à la fois sur la date et le résultat soit **24,15%**.

¹³ Tout mode de retour d'information confondu

6.2 Influence des caractéristiques épidémiologiques des médecins et des patientes

6.2.1 Analyse univariée (Tableau 4 et 5)

Tableau 4 : Analyse des caractéristiques des médecins et des patientes associées à un dossier renseigné sur la date et le résultat du dernier FCU de la patiente quand celui ci n'a pas été fait par le généraliste.

Variable	Modalité	N	Date présente	Date absente	p-value (chi2)	Résultat présent	Résultat absent	p-value (chi2)
			N/n(%)	N/n(%)		N/n(%)	N/n(%)	
Sexe	F	233	105/45,06	128/54,94	<0,001	67/28,75	166/71,25	0,04
	H	326	92/28,22	234/71,78		70/21,47	256/78,53	
Age	<40	159	59/37,11	100/62,89	0,02	47/29,56	112/70,44	0,16
	[40-50]	160	68/42,5	92/57,5		33/20,62	127/79,38	
	>50	240	70/29,16	170/70,84		57/23,75	183/76,25	
Lieu d'exercice	urbain	474	165/34,81	309/65,19	0,61	118/24,89	356/75,11	0,61
	rural	85	32/37,65	53/62,35		19/22,35	66/77,65	
Mode d'exercice	seul	180	42/23,33	138/76,67	<0,001	30/16,67	150/83,33	0,003
	en groupe	379	155/40,9	224/59,1		107/28,23	272 /71,77	
Maître de stage	oui	137	51/37,22	86/62,78	0,57	38/27,74	99/72,26	0,31
	non	422	146/34,60	276/65,40		99/23,46	323/76,54	
Réalisation de FCU¹	oui	455	177/38,90	278/61,1	<0,001	116/25,49	339/74,50	0,25
	non	104	20/19,23	84/80,77		21/20,19	83/79,80	
Age des patientes	[25-34]	133	34/25,56	99/74,44	0,01	23/17,29	110/82,71	0,15
	[35-44]	136	47/34,56	89/65,44		34/25	102/75	
	[45-54]	159	58/36,48	101/63,52		43/27,04	116/72,96	
	[55-65]	131	58/44,27	73/55,73		37/28,24	94/71,76	

¹déclaration des médecins quand à leur pratique

Tableau 5 : Stratification sur le sexe

Dossiers inclus par des médecins hommes

Variable	Modalité	N	Date présente	Date absente	p-value (chi2)	Résultat présent	Résultat absent	p-value (chi2)
			N/n(%)	N/n(%)		N/n(%)	N/n(%)	
Age	<40	57	15/26,31	42/73,69	0,16	9/15,78	48/84,22	0,65
	[40-50]	86	31/36,04	55/63,96		17/19,77	69/80,23	
	>50	183	46/25,13	137/74,87		39/21,31	144/78,69	
Mode d'exercice	seul	161	35/21,73	126/78,27	0,01	27/16,77	134/83,23	0,04
	en groupe	165	57/34,54	108/65,5		43/26,06	122 /73,94	
Age des patientes	[25-34]	71	11/15,49	60/84,51	0,008	9/17,29	62/82,71	0,23
	[35-44]	74	23/31,08	51/68,92		18/25	56/75	
	[45-54]	104	27/25,96	77/74,04		24/27,04	80/72,96	
	[55-65]	77	31/40,26	46/59,74		19/28,24	58/71,76	

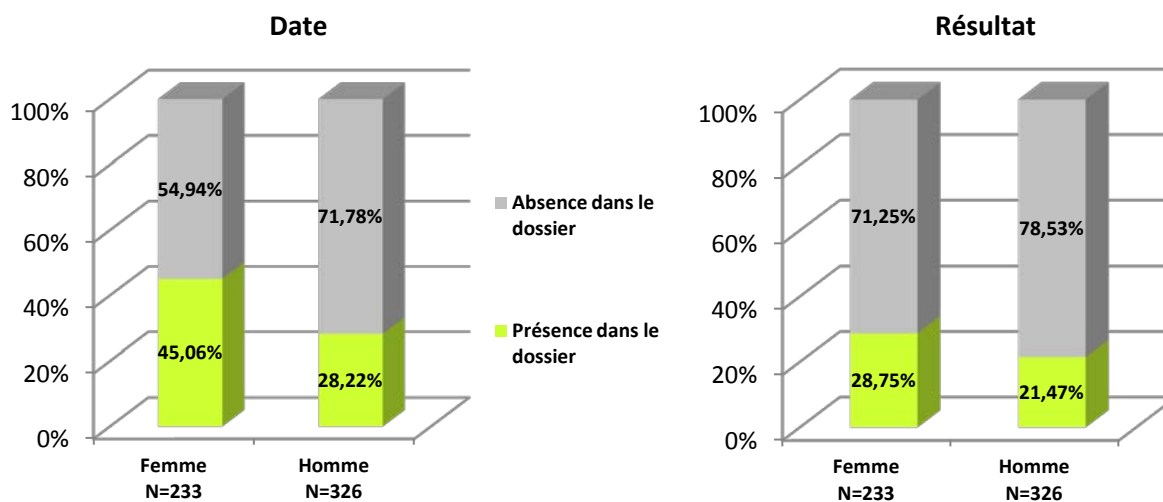
Dossiers inclus par des médecins femmes

Variable	Modalité	N	Date présente	Date absente	p-value (chi2/Fisher)	Résultat présent	Résultat absent	p-value (chi2/Fisher)
			N/n(%)	N/n(%)		N/n(%)	N/n(%)	
Age	<40	102	44/43,14	58/56,86	0,58	38/37,25	64/62,75	0,08
	[40-50]	74	37/50	37/50		16/21,62	58/78,38	
	>50	57	24/42,10	33/57,9		18/31,57	39/68,43	
Mode d'exercice	seul	19	7/36,84	12/63,16	0,45	3/15,79	16/84,21	0,29
	en groupe	214	98/45,79	115/54,21		64/29,90	150 /70,1	
Age des patientes	[25-34]	62	23/37,09	39/62,91	0,11	14/22,58	48/77,42	0,41
	[35-44]	62	24/38,71	38/61,29		16/25,81	46/74,19	
	[45-54]	55	31/56,36	24/43,64		19/34,54	36/65,46	
	[55-65]	54	27/50	27/50		18/33,33	36/66,67	

6.2.2 Analyse des tableaux 4 et 5 et présentation graphique des principaux résultats

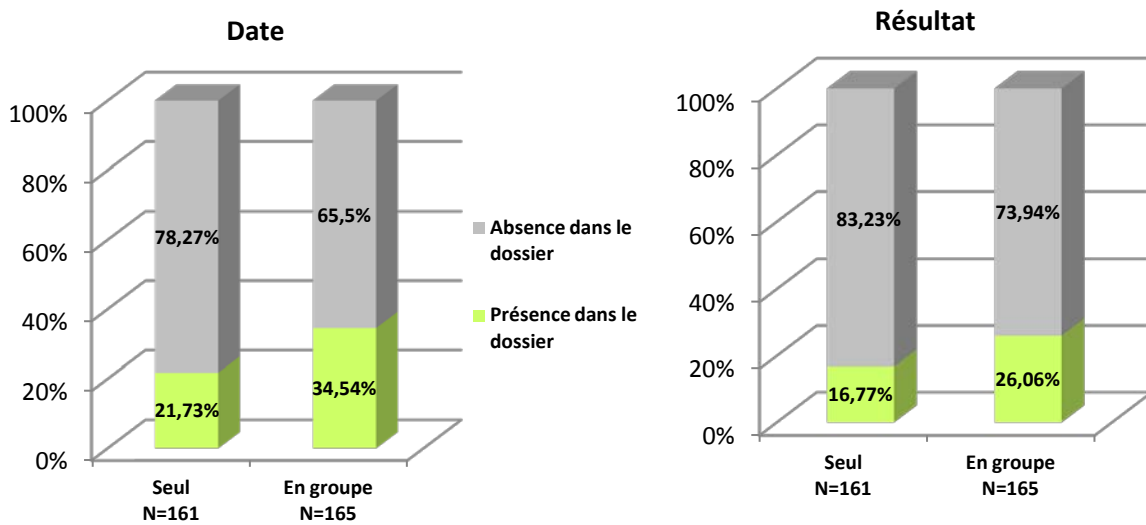
- Les dossiers des médecins femmes étaient plus renseignés sur la date ($p < 0,001$) et sur le résultat ($p = 0,04$) du dernier FCU de leurs patientes que les dossiers des médecins hommes quand ils n'ont pas fait ni prescrit le dernier FCU (Figure 6).

Figure 6 : Contenu des dossiers médicaux quand le dernier FCU n'a été ni prélevé ni prescrit par le médecin généraliste, en fonction du sexe du médecin généraliste



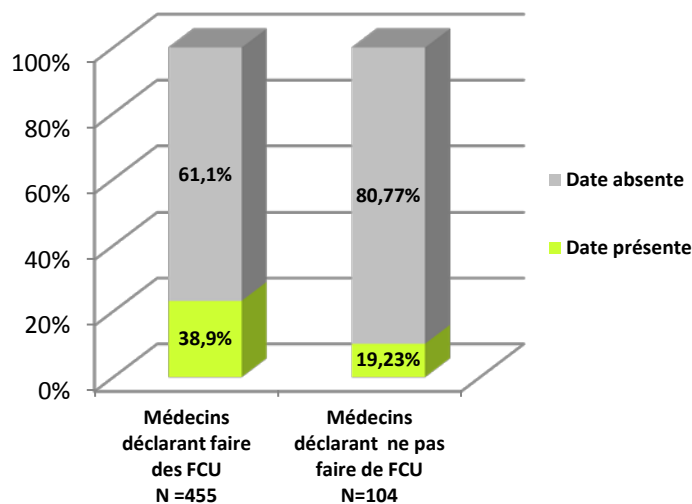
- Les dossiers des médecins hommes exerçant en groupe étaient plus renseignés sur la date ($p = 0,01$) et le résultat ($p = 0,04$) du dernier FCU de leurs patientes quand il n'a pas été ni prélevé ni prescrit par eux que les dossiers des médecins exerçant seul (Figure 7).

Figure 7 : Contenu des dossiers médicaux des médecins hommes quand le dernier FCU n'a été ni prélevé ni prescrit par le médecin généraliste, en fonction du mode d'exercice du médecin généraliste



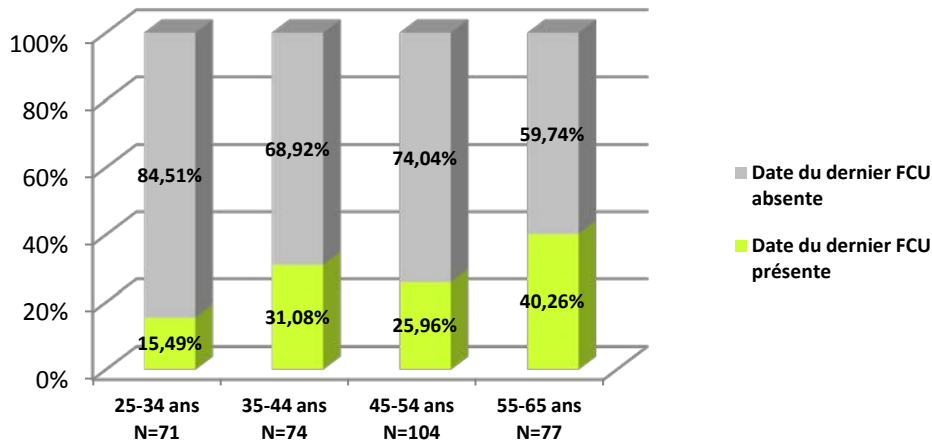
- Les dossiers des médecins qui déclaraient faire des FCU dans leur pratique étaient plus renseignés sur la date ($p < 0,001$) du dernier FCU de leurs patientes que les dossiers des médecins déclarant ne pas en faire (Figure 8).

Figure 8 : Contenu des dossiers médicaux, quand le dernier FCU n'a été ni prélevé ni prescrit par le médecin généraliste, en fonction que le médecin généraliste déclare faire ou non des FCU



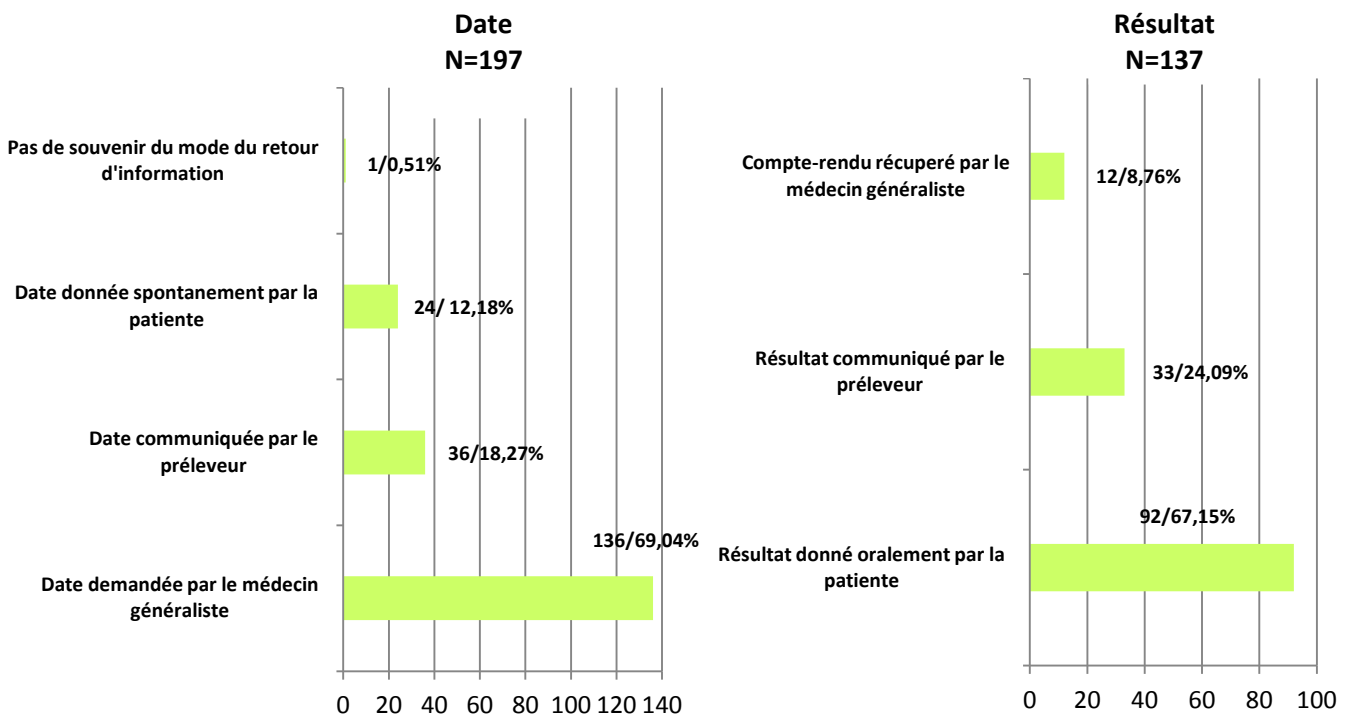
- Le retour d'information pour la date était influencé par l'âge des patientes ($p = 0,01$) dans les dossiers inclus par des médecins hommes ($p = 0,008$) avec un retour d'information moins fréquent pour les patientes de la tranche d'âge 25-34 ans et un retour d'information plus fréquent pour les patientes de la tranche d'âge 55-65 ans (Figure 9).

Figure 9 : Contenu des dossiers des médecins hommes, quand le dernier FCU n'a été ni prélevé ni prescrit par le médecin généraliste, en fonction de l'âge des patientes



6.3 Modalités du retour d'information (Figure 10)

Figure 10 : Répartition des modes de retour d'information de la date et du résultat du dernier FCU quand celui-ci n'a été ni prélevé ni prescrit par le médecin généraliste



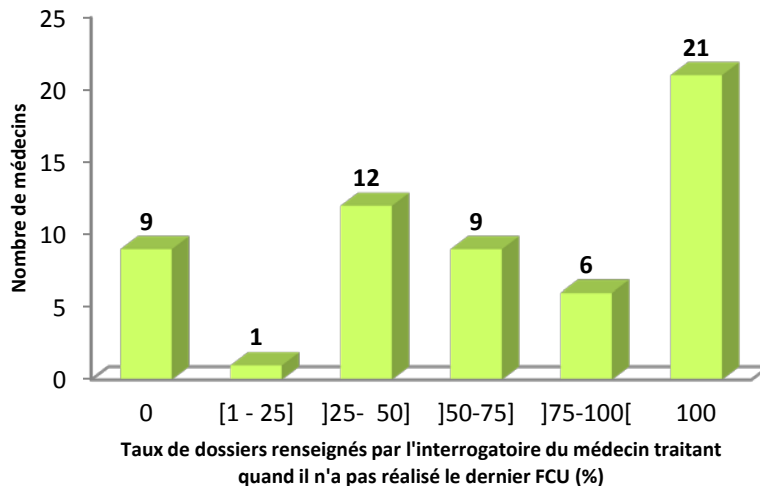
6.3.1 Retour d'information via le préleveur

Parmi les 197 dossiers renseignés sur la date du dernier FCU quand il n'a pas été réalisé par le médecin généraliste, 36 soit **18,27%** ont fait l'objet d'un retour d'information de la part du préleveur. 30 (83,33%) ont été effectués par des gynécologues et 6 par un autre médecin généraliste (16,67%).

6.3.2 Retour d'information via la patiente

Parmi les 197 dossiers renseignés sur la date du dernier FCU quand il n'a pas été réalisé par le médecin généraliste 190 soit **81,22%** ont fait l'objet d'un retour d'information de la part de la patiente. Le taux moyen de date communiqué oralement par la patiente à la demande du médecin quand il n'avait pas été l'effecteur de l'examen était de 64,73% (+/- 35,76) avec un taux minimum de 0% et un taux maximum de 100% (Figure 11).

Figure 11 : Répartition des médecins participants en fonction du taux de dossiers renseignés par l'interrogatoire des patientes quand ils n'ont ni prélevé ni prescrit le dernier FCU



Ce taux n'a été influencé par aucune caractéristiques épidémiologiques des médecins (sexe : $p = 0,83$, âge : $p = 0,5$, lieu d'exercice : $p = 0,83$, mode d'exercice : $p = 0,72$, maître de stage : $p = 0,21$) ni par le fait de faire des FCU dans sa pratique ($p = 0,20$).

6.3.3 Retour d'information avec visualisation des comptes-rendus

A la question « récupérez-vous les comptes-rendus des FCU de vos patientes quand vous n'avez été ni le préleveur ni le prescripteur de l'examen ? » 65 médecins sur 78 soit **83,33%** ont répondu oui avec 12 (18,46%) médecins qui ont répondu le faire toujours, 23 (35,38%) le faire souvent et 30 (46,15%) le faire rarement.

La réponse à cette question a été influencée par le mode d'exercice des médecins ($p = 0,04$) avec 89,5% des médecins exerçant en groupe qui ont répondu récupérer les comptes-rendus des FCU de leur patiente contre 69,57% des médecins exerçant seuls.

Les autres caractéristiques épidémiologiques des médecins ainsi que la réalisation de FCU dans sa pratique n'ont pas influencé la réponse (sexe: $p = 1$, lieu d'exercice: $p = 0,11$, maître de stage: $p = 0,72$, réalisation de FU dans sa pratique: $p = 1$)

Parmi les 137 dossiers renseignés sur le résultat du dernier FCU quand il n'a pas été réalisé par le médecin généraliste pour 12 d'entre eux soit **8,76%** le médecin généraliste a visualisé le compte-rendu.

6.4 Contenu des dossiers médicaux et modalités du retour d'information (Tableau 6)

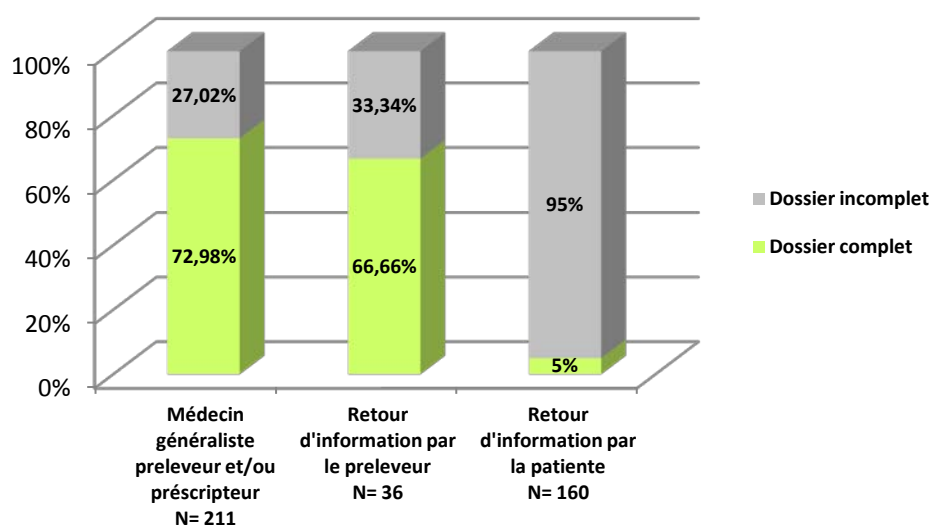
Tableau 6 : Analyse des caractéristiques des modalités de retour d'information, associées aux dossiers renseignés sur la date, le résultat et la qualité du dernier FCU

Variable	Modalité	N	Date présente	Date absente	p-value (chi2/Fisher)	Résultat présent	Résultat absent	p-value (chi2/Fisher)	Dossier complet	Dossier incomplet	p-value (chi2/Fisher)
			N/n(%)	N/n(%)		N/n(%)	N/n(%)		N/n(%)		
Modalité du retour d'information	direct ¹	211	207/98,10	4/1,9	NC	203/96,21	8/3,79	NC	154/72,98	57/27,02	<0,001
	préleveur	36	36/100	0/0		33/91,67	3/8,33		24/66,66	12/33,34	
	patiente	160	160/100	0/0		104/65	56/35		8/5	152/95	

¹ FCU fait par le médecin généraliste

- Taux comparable de dossiers complets quand le médecin généraliste l'a réalisé (72,98%) ou quand il a fait l'objet d'un retour d'information par le préleveur (66,66%).
- Quand les informations avaient été communiquées par la patiente :
 - ✓ les dossiers étaient moins bien renseignés sur le résultat et sur la qualité (p <0,001) (Figure 12),
 - ✓ les 5 % des dossiers complets font partie des 12 dossiers pour lesquels le médecin a récupéré le compte rendu.

Figure 12 : Taux de dossiers complets en fonction des modalités du retour d'information



7. OPINIONS DES MEDECINS PARTICIPANT QUANT A L'ORGANISATION D'UN RETOUR D'INFORMATION SYSTEMATIQUE

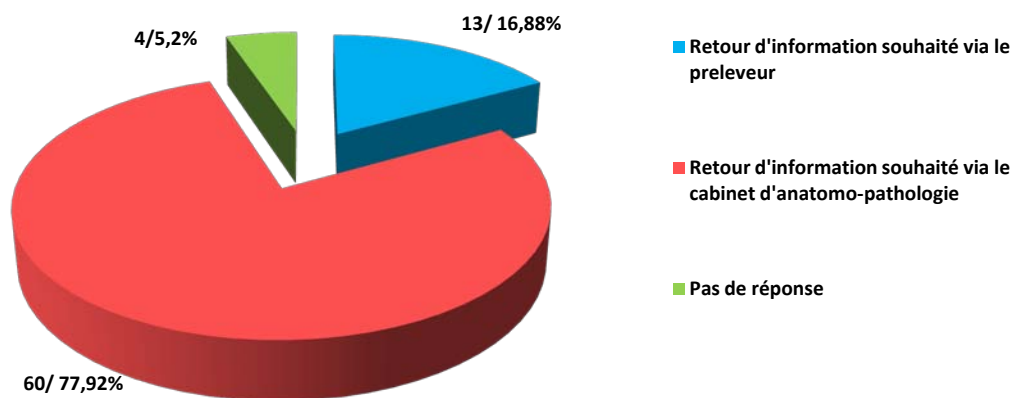
77 des médecins participant à l'étude sur les 78 soit **98,7%** ont répondu souhaiter recevoir systématiquement le compte-rendu du FCU de leur patiente quand celui-ci est effectué par un autre préleveur.

Le médecin n'étant pas favorable à un retour d'information systématique a écrit en commentaire libre : « je laisse gérer la personne qui l'a effectué. L'info succincte me suffit! ».

Parmi les médecins favorables à un retour d'information systématique (Figure 13) :

- ✓ **77,9%**, préféraient recevoir ce retour d'information directement par le cabinet d'ACP,
- ✓ **16,9%** préféraient recevoir ce retour d'information par le préleveur du FCU,
- ✓ **5,2%** n'ont pas répondu à la question.

Figure 13 : Répartition des médecins participant, favorables à un retour d'information systématique des comptes-rendus des FCU de leur patientes, en fonction des modalités de celui-ci



Le choix de la modalité d'un retour d'information systématique des comptes-rendus des FCU auprès des médecins généralistes n'était influencé par aucune caractéristique épidémiologique des médecins participant (sexe $p = 0,49$, lieu d'exercice $p = 1$, mode d'exercice $p = 0,32$, maître de stage $p = 0,71$) ni par la pratique des médecins en matière de FCU ($p = 0,32$).

8. INFORMATIONS RELATIVES AU DERNIER FCU, PRESENTES DANS LES DOSSIERS, QUEL QUE SOIT LE PRELEVEUR

8.1 Contenu des dossiers médicaux

Dans l'ensemble des dossiers inclus, la date du dernier FCU était présente dans **52,47%** des cas, le résultat dans **44,16%** et la qualité dans **24,16%**. 338 dossiers soit **43,9%** étaient renseignés sur la date et le résultat du dernier FCU. Parmi les 340 dossiers renseignés sur le résultat 54,7% étaient renseignés sur la qualité. Les dossiers complets comprenant les 3 informations date, résultat et qualité représentaient **23,9%** des inclusions.

8.2 Influence des caractéristiques épidémiologiques des médecins, des patientes et du préleveur du dernier FCU

8.2.1 Analyse univariée (Tableau 7)

Tableau 7 : Analyse des caractéristiques des médecins, des patientes et des caractéristiques du préleveur du dernier FCU associées aux dossiers renseignés sur la date, le résultat et la qualité du dernier FCU

Variable	Modalité	N	Date présente	Date absente	p-value (chi2/Fisher)	Résultat présent	Résultat absent	p value (chi2/Fisher)	Qualité présente	Qualité absente	Ne sait pas ¹	p-value (chi2/Fisher)	
			N/n(%)	N/n(%)		N/n(%)	N/n(%)		N/n(%)	N/n(%)	N/n(%)		
Sexe	F	353	225/63,74	128/36,26	<0,001	185/52,41	168/47,59	<0,001	103/29,18	247/69,97	3/0,85	0,05	
	H	417	179/42,92	238/57,08		155/37,17	262/62,83		83/19,90	334/80,1	0/0		
			FCU fait par MG				FCU fait par MG			FCU fait par MG			
	F	120	120/100	0/0	0,02	118/98,33	2/1,67	0,06	88/73,33	30/25	2/1,67	0,73	
	H	91	87/95,60	4/4,40		85/93,41	6/6,59		66/72,53	25/27,47	0/0		
			FCU non fait par MG				FCU non fait par MG			FCU non fait par MG			
F	233	105/45,06	128/54,94	<0,001	67/28,75	166/71,25	0,04	15/6,44	217/93,13	1/0,43	0,53		
H	326	92/28,22	234/71,78		70/21,47	256/78,53		17/5,21	309/94,79	0/0			
Age	<40	216	116/53,70	100/46,3	0,11	103/47,68	113/52,32	0,34	52/24,07	164/75,93	0/0	0,91	
	[40-50]	216	124/57,41	92/42,59		88/40,74	128/59,26		50/23,15	164/75,92	2/0,93		
	>50	338	164/48,52	174/51,48		149/44,08	189/55,92		84/24,85	253/74,85	1/0,30		
Lieu d'exercice	urbain	646	334/51,70	312/48,3	0,33	283/43,81	363/56,19	0,6	144/22,29	499/77,24	3/0,47	0,006	
	rural	124	70/56,45	54/43,55		57/45,97	67/54,03		42/33,87	82/66,13	0/0		
			FCU fait par MG				FCU fait par MG				FCU fait par MG		
	urbain	172				120/69,77	50/29,07		2/1,16			0,03	
	Rural	39				34/87,18	5/12,82		0/0				
			FCU non fait par MG				FCU non fait par MG				FCU non fait par MG		
Urbain	474				24/5,06	449/94,72		1/0,22			0,12		
Rural	85				8/9,41	77/90,59		0/0					
Mode d'exercice	seul	220	81/36,82	139/63,18	<0,001	68/30,91	152/69,09	<0,001	44/20	176/80	0/0	0,08	
	en groupe	550	227/41,27	323/58,73		272/49,45	278/50,55		142/25,82	405/73,36	3/0,82		
			FCU fait par MG				FCU fait par MG				FCU fait par MG		
	seul	40	39/97,5	1/2,5	0,57	38/95	2/5	0,64					
	en groupe	171	168/98,25	3/1,75		165/96,49	6/3,51						
			FCU non fait par MG				FCU non fait par MG				FCU non fait par MG		
seul	180	42/23,33	138/76,67	<0,001	30/16,67	150/83,33	0,03						
en groupe	379	155/40,90	224/59,1		107/28,23	272/71,77							

Maître de stage	oui	178	92/51,68	86/48,32	0,81	79/44,38	99/55,62	0,94	40/50,63	38/48,10	1/1,27	0,48
	non	592	312/52,70	280/47,30		261/44,09	331/55,91		146/55,94	113/43,29	2/0,77	
Préleveur/ prescripteur du dernier FCU	MG ³	211	207/98,10	4/1,9	<0,001	203/96,21	8/3,79	<0,001	154/72,98	55/26,07	2/0,05	<0,001
	autre	559	197/35,24	362/64,76		137/24,51	422/75,49		32/5,72	526/94,1	1/0,18	
Age des patientes	[25-34]	181	99/54,70	82/45,30	0,07	70/38,67	111/61,33	0,4	38/20,99	141/77,90	2/1,11	0,68
	[35-44]	193	91/47,15	102/52,85		88/45,59	105/54,41		48/24,87	145/75,13	0/0	
	[45-54]	213	101/47,42	112/52,58		97/45,54	116/54,46		56/26,29	156/73,24	1/0,47	
	[55-65]	183	75/40,98	108/59,02		85/46,45	98/53,55		44/24,04	139/75,96	0/0	

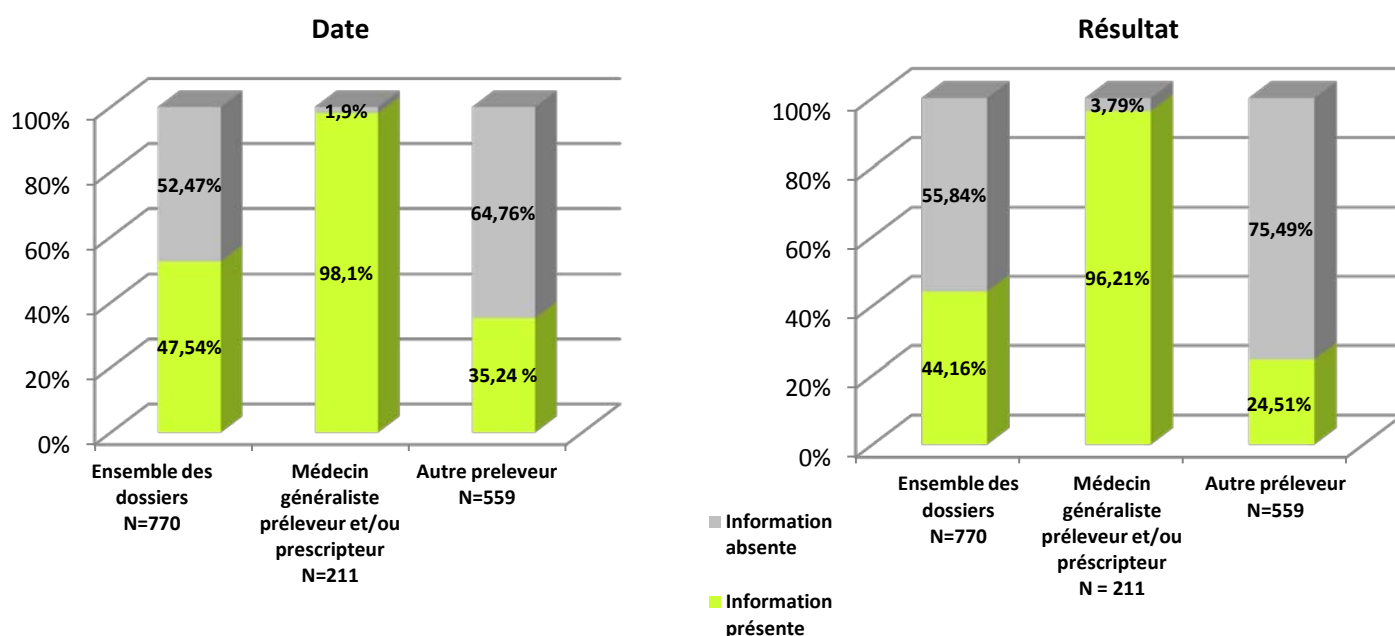
¹colone non prise en compte dans le calcul de la p-value au vu des effectifs

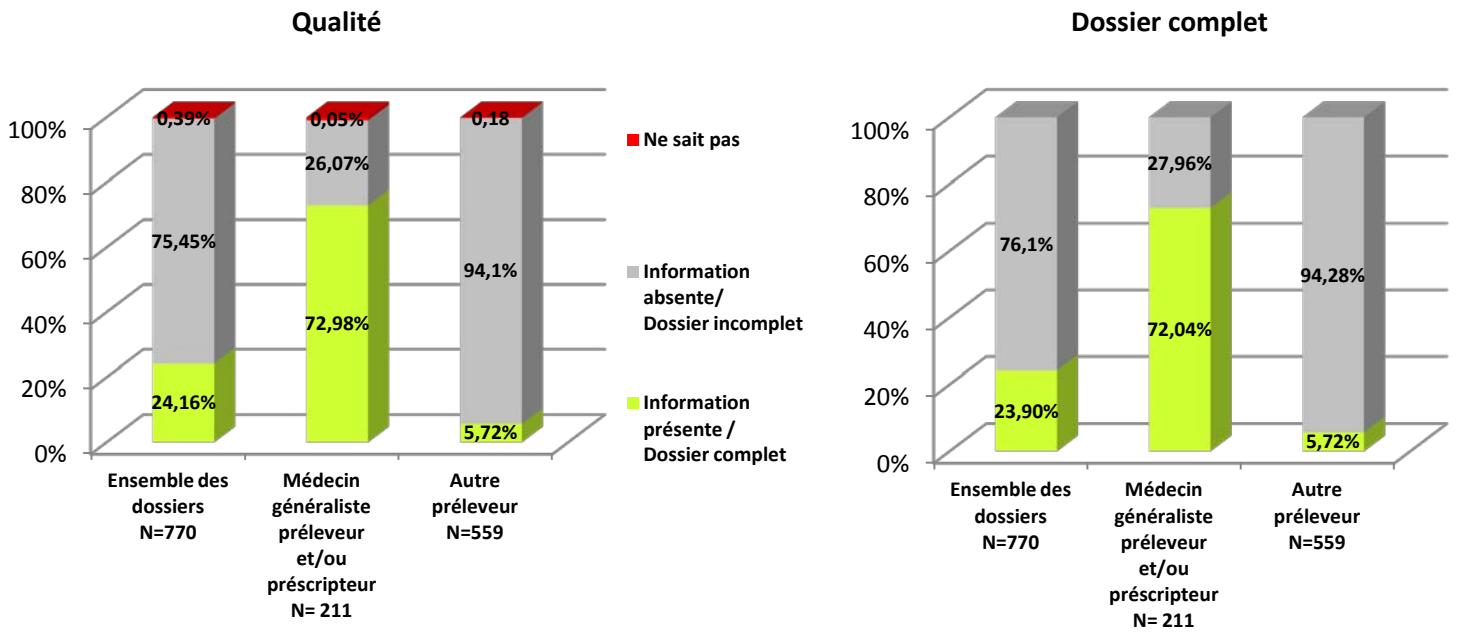
Pas de présentation de la stratification par sexe car le seul résultat significatif a déjà été présenté (Chapitre 6, Figure 7, page 41).

8.2.2 Analyse du tableau 7 et présentation graphique des principaux résultats

- La présence de la date, du résultat et de la qualité du dernier frottis dans le dossier médical était influencée par le préleveur du FCU ($p < 0,001$). Lorsque le dernier FCU a été prélevé ou prescrit par le médecin généraliste la date et le résultat étaient plus souvent présents dans le dossier (Figure 14).

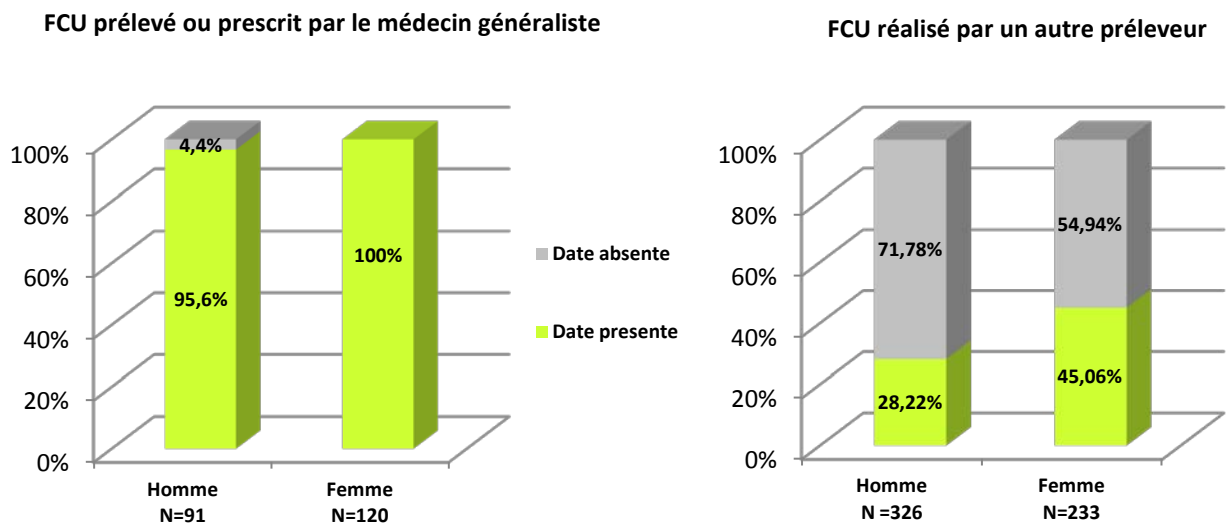
Figure 14 : Contenu des dossiers médicaux en fonction du préleveur du dernier FCU





➤ La présence de la date du dernier frottis dans le dossier médical était influencée par le sexe du médecin ($p < 0,001$) quand le médecin a fait le dernier FCU ($p = 0,02$) et quand le médecin n'a pas fait le dernier FCU ($p < 0,001$) avec d'avantage de dossiers renseignés sur la date du dernier FCU chez les médecins femmes (Figure 15).

Figure 15 : Présence de la date du dernier FCU dans le dossier en fonction du sexe du médecin



➤ La présence du résultat du dernier frottis dans le dossier médical était influencée par le sexe du médecin ($p < 0,001$) quand le médecin généraliste n'a pas fait le dernier FCU ($p = 0,04$) avec d'avantage de dossiers renseignés sur le résultat du dernier FCU chez les médecins femmes (Chapitre 6, Figure 6, page 40).

8.3 Taux de FCU à jour

Sur les 404 dossiers renseignés sur la date du dernier FCU, 347 dossiers étaient renseignés sur un dernier FCU datant de 3 ans ou moins soit **85,9%** et 57 dossiers soit **14,1%** étaient renseignés sur un dernier FCU datant de plus de 3 ans avec 43 FCU datant entre 3 et 5 ans soit 10,6% et 14 FCU datant de plus de 5 ans soit 3,5%.

8.3.1 Influence des caractéristiques épidémiologiques des médecins, des patientes et du préleveur du dernier FCU

8.3.1.1 Analyse univariée (Tableau 8 et 9)

Tableau 8 : Analyse des caractéristiques des médecins associées au délai des FCU renseignés dans les dossiers

Variable	Modalité	N	Dernier FCU renseigné dans dossier		p-value (chi2)
			≤ 3 ans	> 3 ans	
			N/n(%)	N/n(%)	
Sexe	F	225	203/90,22	22/9,78	0,005
	H	179	144/80,45	35/19,55	
Age	<40	116	107/92,24	9/7,76	0,06
	[40-50]	124	102/82,26	22/17,74	
	>50	164	138/84,14	26/15,86	
Lieu d'exercice	urbain	334	285/85,33	49/14,67	0,47
	rural	70	62/88,57	8/11,43	
Mode d'exercice	seul	81	68/83,95	13/16,05	0,57
	en groupe	323	279/86,38	44/13,62	
Maître de stage	oui	92	78/84,78	14/15,22	0,72
	non	312	269/86,22	43/13,78	
Préleveur et ou prescripteur du dernier FCU	oui	207	177/85,50	30/14,50	0,82
	non	197	170/86,29	27/13,71	
Age des patientes	[25-34]	82	73/89,02	9/10,98	0,37
	[35-44]	102	90/88,23	12/11,77	
	[45-54]	112	91/81,25	21/18,75	
	[55-65]	108	93/86,11	15/13,89	

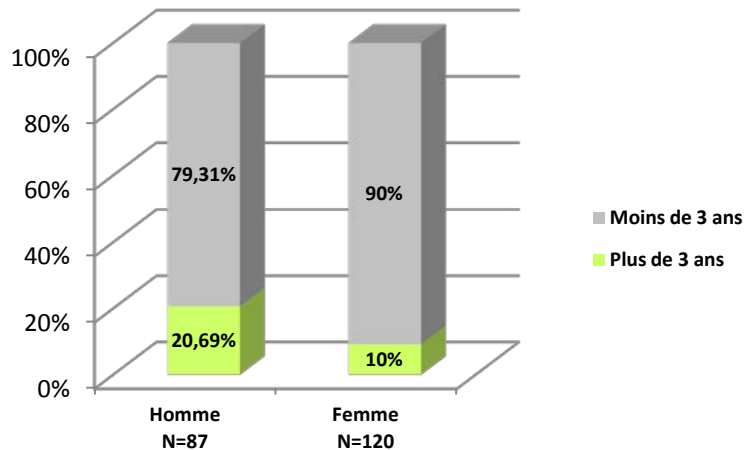
Tableau 9 : Stratification sur la nature du préleveur pour le critère sexe du médecin

Variable	Modalité	Dernier FCU prélevé ou prescrit par le généraliste				Dernier FCU fait par un autre préleveur			
		N	Dernier FCU renseigné dans dossier ≤ 3 ans	Dernier FCU renseigné dans dossier > 3 ans	p-value (chi2)	N	Dernier FCU renseigné dans dossier ≤ 3 ans	Dernier FCU renseigné dans dossier > 3 ans	p-value (chi2)
			N/n(%)	N/n(%)		N/n(%)	N/n(%)		
Sexe	F	120	108/90	12/10	0,03	105	95/90,48	10/9,52	0,06
	H	87	69/79,31	18/20,69		92	75/81,52	17/18,48	

8.3.1.2 Analyse des tableaux 8 et 9 et présentation graphique des principaux résultats

- Le sexe du médecin influence le délai des FCU renseignés dans les dossiers ($p = 0,005$) quand ils les ont prélevés ou prescrit avec davantage de FCU renseignés datant de 3 ans ou moins dans les dossiers inclus par les médecins femmes ($p = 0,03$) (Figure 16).

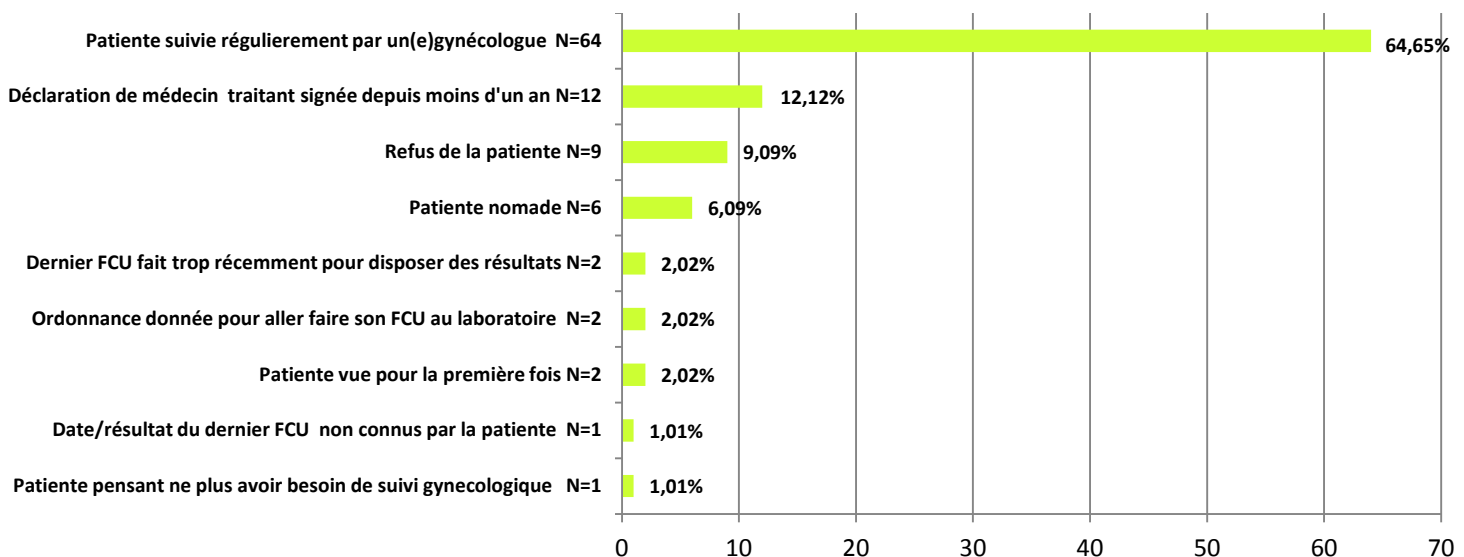
Figure 16 : Délai du dernier FCU renseignés dans les dossiers en fonction du sexe du médecin quand le dernier FCU a été prélevé ou prescrit par le médecin généraliste



9. DONNEES MANQUANTES SUR LE DERNIER FCU, LES JUSTIFICATIONS DES MEDECINS

Sur les 432 dossiers qui n'étaient pas renseignés sur la date et ou le résultat du dernier FCU, dans 99 dossiers (22,9%) le médecin a apporté une justification à l'absence de ces données dans le dossier (Figure 17). Du fait des très faibles effectifs il n'a pas été recherché d'influence des caractéristiques épidémiologiques des médecins sur ces justifications.

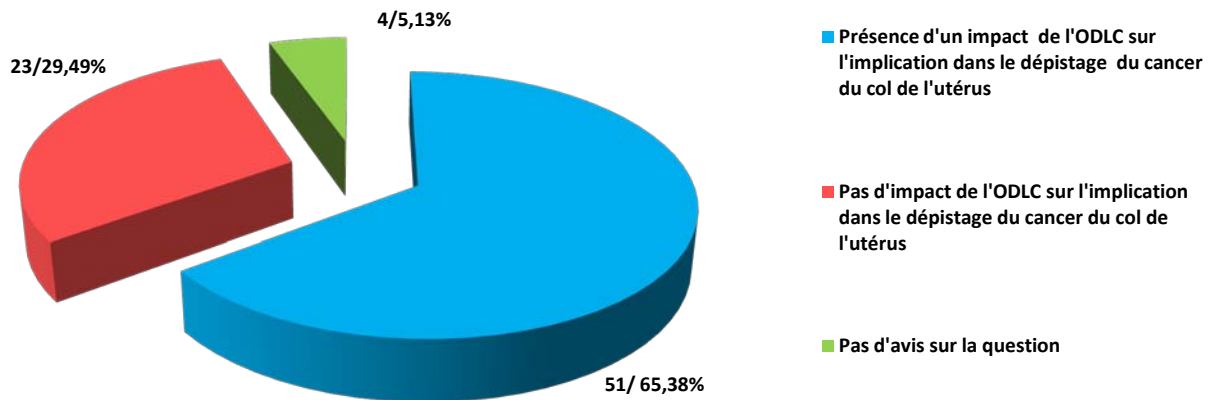
Figure 17 : Justifications apportées par les médecins pour expliquer l'absence de la date et/ou du résultat du dernier FCU de la patiente dans leurs dossiers



10. IMPACT DE LA PRESENCE D'UN DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS DANS L'IMPLICATION DES MEDECINS PARTICIPANT DANS CELUI-CI

10.1 Ressenti des médecins (Figure 18)

Figure 18 : Répartition des médecins participant en fonction de leur ressenti sur l'impact qu'à l'ODLC sur leur implication dans le dépistage du cancer du col de l'utérus



Parmi les 23 médecins qui ne pensaient pas que la présence de l'ODLC en Isère ait un impact sur leur implication dans le dépistage :

- ✓ 20 (soit 86,96%) pensaient que la présence d'un dépistage organisé au niveau départemental ne changeait rien à leurs pratiques,
- ✓ 3 (soit 13,04%) ont répondu « autre » avec en commentaires libres :
 - « j'y étais déjà sensibilisé avant »,
 - « je me sens déjà sensibilisé »,
 - « je suis plutôt impliqué par les questions de dépistage. Mais les limites temporelles qui s'appliquent à ma pratique m'ont obligé à faire le choix d'abandonner la pratique du FCV (les patientes s'adressant à leur gynéco...) et je les adresse également maintenant à mes associées-femmes. Je les incite par contre à le faire dès que les circonstances de la consultation le permettent ».

10.2 Influence des caractéristiques épidémiologiques des médecins, et de la visite d'un(e) délégué(e) de l'ODLC

10.2.1 Analyse univariée (Tableau 10)

Tableau 10 : Analyse des caractéristiques des médecins associées au ressenti des médecins sur l'impact que l'ODLC a dans leur implication dans le dépistage du cancer du col de l'utérus

Variable	Modalité	N	Impact présent	Pas d'impact	p-value (chi2/Fisher)	N	Pas d'avis	A un avis	p-value (Fisher)
			N/n(%)	N/n(%)			N/n(%)	N/n(%)	
Sexe	F	34	20/58,82	14/41,18	0,08	36 42	2/5,56	34/94,44	1
	H	40	31/77,5	9/22,5			2/4,76	40/95,24	
Age	<40	20	11/55	9/45	0,21	21	1/4,76	20/95,24	NC ¹
	[40-50]	22	15/68,18	7/31,82		23	1/4,35	22/95,65	
	>50	32	25/78,13	7/21,87		34	2/5,88	32/94,1	
Lieu d'exercice	urbain	62	44/70,97	18/29,03	0,38	65	3/4,61	62/95,39	0,52
	rural	12	7/58,33	5/41,67		13	1/7,69	12/92,31	
Mode d'exercice	seul	21	14/66,66	7/33,34	0,79	23	2/8,70	21/91,3	0,57
	en groupe	53	37/69,81	16/30,19		55	2/3,64	53/96,36	
Maître de stage	oui	18	12/66,66	6/33,34	0,81	19	1/5,26	18/94,74	1
	non	56	39/69,64	17/30,36		59	3/5,09	56/94,91	
Réalisation de FCU ²	oui	66	45/68,18	21/31,82	1	67	1/1,49	66/98,51	0,007
	non	8	6/75	2/25		11	3/27,27	8/72,73	
Visite de la déléguée de l'ODLC	oui	54	39/72,22	15/27,78	0,31	56	2/3,58	54/96,42	0,31
	non	20	12/60	8/40		22	2/9,09	20/90,91	

¹ NC: non calculable

² pratique déclarée par les médecins généralistes

11. PLANIFICATION DU PROCHAIN FROTTIS

11.1 Contenu des dossiers médicaux

Parmi les 770 dossiers analysés, une alerte pour programmer le prochain FCU était présente dans **131 dossiers** (soit 17,01%). A noter que sur les 131 dossiers faisant l'objet d'une alerte, 23 (soit 17,56%) ne contenaient pas la date du dernier FCU.

11.2 Influence des caractéristiques épidémiologiques des médecins et du préleveur du dernier FCU

11.2.1 Analyse univariée (Tableau 11)

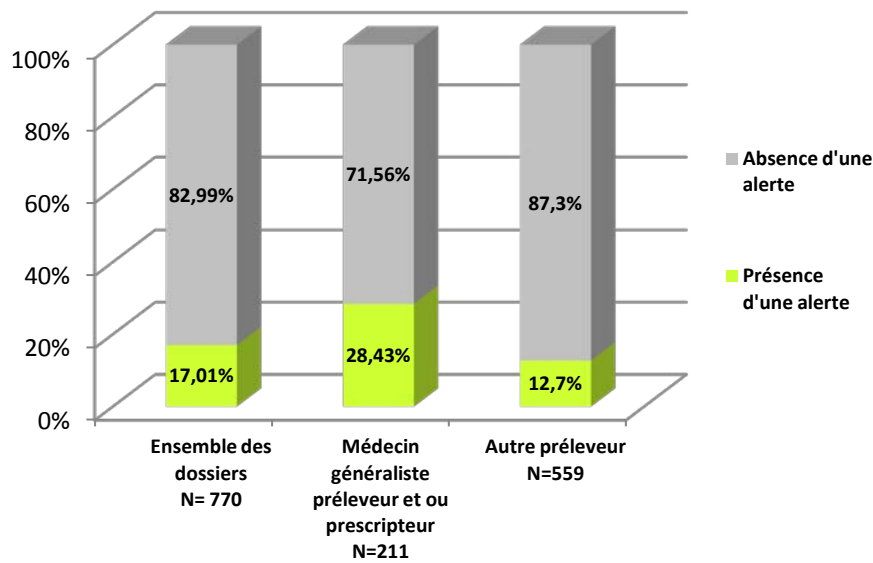
Tableau 11 : Analyse des caractéristiques des médecins associées à la présence d'une alerte dans les dossiers pour programmer le prochain FCU

Variable	Modalité	N	Alarme présente N/n(%)	Alarme absente N/n(%)	p-value (chi2)
Sexe	F	353	65 /18,41	288/81,59	0,34
	H	417	66/15,83	351/84,17	
Age	<40	216	35/16,20	181/83,8	0,87
	[40-50]	216	39/18,05	177/81,95	
	>50	338	57/16,86	281/83,14	
Lieu d'exercice	urbain	646	101/15,63	545/84,37	0,02
	rural	124	30/24,19	94/75,80	
Mode d'exercice	seul	220	32/14,55	188/85,45	0,24
	en groupe	550	99/18	451/82	
Maître de stage	oui	178	30/16,85	148/83,15	0,94
	non	592	101/17,06	491/82,94	
Préleveur et ou prescripteur du dernier FCU	oui	211	60/28,43	151/71,56	< 0,001
	non	559	71/12,70	488/87,30	

11.2.2 Analyse du tableau 11 et présentation graphique des principaux résultats

- Les alarmes étaient plus souvent présentes dans les dossiers où le dernier FCU avait été réalisé par le médecin généraliste ($p < 0,001$) (Figure 19).

Figure 19 : Présence, dans le dossier, d'une alerte en fonction que le dernier FCU a été réalisé ou non par le médecin généraliste



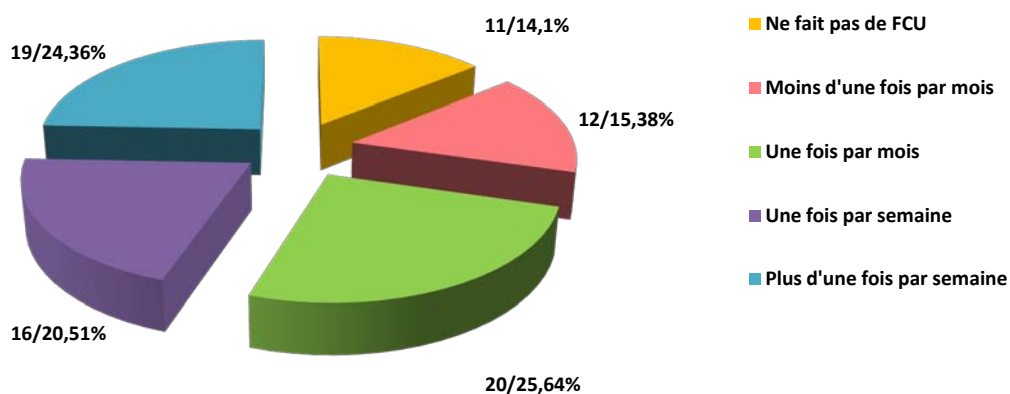
12. MEDECINS GENERALISTES ET REALISATION DES FCU

12.1 Pratique déclarée des médecins participant (Figure 20)

Parmi les 78 médecins participant :

- ✓ 67 (85,9%) ont déclaré faire dans leur pratique des FCU,
- ✓ 11 (14,1%) ne pas en faire.

Figure 20 : Répartition des médecins en fonction de la fréquence déclarée de réalisation des FCU



12.2 Taux de FCU réalisés ou prescrits par les médecins participant

Parmi les 770 dossiers analysés :

- ✓ 211 (27,4%) faisaient mention d'un FCU réalisé ou prescrit par le médecin généraliste,
- ✓ 559 (72,6%) faisaient mention que le dernier FCU a été prélevé par un autre préleveur.

12.3 Influence des caractéristiques épidémiologiques des médecins et des patientes

12.3.1 Analyse univariée (Tableau 12 et 13)

Tableau 12 : Analyse des caractéristiques des médecins associées à la réalisation de FCU

Variable	Modalité	N	Fait des FCU dans sa pratique ¹		Ne fait pas de FCU dans sa pratique ¹	p-value (chi2/ Fisher)	N	Dossiers avec dernier FCU fait par MG ²	Dossier avec dernier FCU non fait par MG ²	p-value (chi2)
			N/n(%)		N/n(%)		N/n(%)		N/n(%)	
Sexe	F	36	35/97,20		1/2,8	0,008	353	120/34	233/66	<0,001
	H	42	32/76,19		10/23,81		417	91/21,82	326/78,18	
				<u>≤1 fois par mois</u>	<u>≥1 fois par semaine</u>	0,005				
	F	35	11/31,43	24/68,57						
H	32	21/65,62	11/34,38							
Age	<40	21	18/85,71		3/14,29	NC ³	216	57/26,39	159/73,61	0,7
	[40-50]	23	19/82,61		4/17,39		216	56/25,92	160/74,08	
	>50	34	30/88,23		4/11,77		338	98/28,99	240/71,01	
				<u>≤1 fois par mois</u>	<u>≥1 fois par semaine</u>	0,93				
	<40	18	8/44,44	10/55,56						
	[40-55[19	9/47,37	10/52,63						
	≥55	30	15/50	15/50						
Lieu d'exercice	urbain	65	55/84,61		10/15,39	0,67	646	172/26,62	474/73,38	0,3
	rural	13	12/92,31		1/7,69		124	39/31,45	85/68,55	
				<u>≤1 fois par mois</u>	<u>≥1 fois par semaine</u>	0,26				
	urbain	55	28/50,91	27/49,09						
rural	12	4/33,33	8/66,67							
Mode d'exercice	seul	23	17/73,91		6/26,09	0,07	220	40/18,18	180/81,82	<0,001
	en groupe	55	50/90,91		5/9,09		550	171/31,09	379/68,91	
				<u>≤1 fois par mois</u>	<u>≥1 fois par semaine</u>	0,02				
	seul	17	12/70,59	5/29,41						
en groupe	50	20/40	30/60							
Maître de stage	oui	19	14/73,68		5/26,32	0,124	178	41/23	137/77	0,1
	non	59	53/89,83		6/10,17		592	170/28,72	422/71,28	
				<u>≤1 fois par mois</u>	<u>≥1 fois par semaine</u>	0,31				
	oui	14	5/35,71	9/64,29						
non	53	27/50,94	26/49,06							
Réalisation FCU⁴	oui						657	202/30,75	455/69,25	<0,001
	non						113	9/7,97	104/92,03	
Age des patientes	[25-34]						181	48/26,52	133/73,48	0,8
	[35-44]						193	57/12,95	136/87,05	
	[45-54]						213	54/25,35	159/74,65	
	[55-65]						183	52/28,41	131/71,59	

¹ déclaration des médecins généralistes

² MG : Médecin généraliste

³ NC : Non calculable

⁴ pratique déclarée par les médecins généralistes

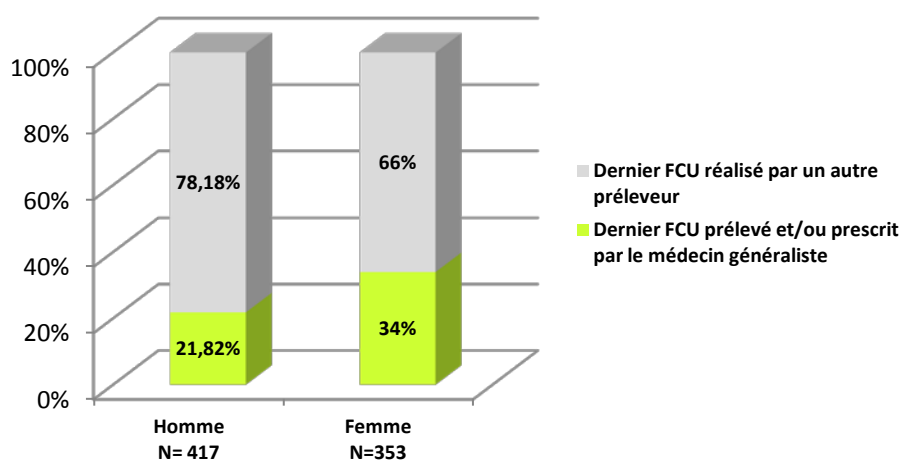
Tableau 13 : Stratification sur le sexe

Variable	Modalité	Dossiers inclus par les médecins hommes			Dossiers inclus par les médecins femmes				
		N	Fait des FCU dans sa pratique		N	Fait des FCU dans sa pratique			
		N/n(%)			N/n(%)				
			≤1 fois par mois	≥1 fois par semaine		≤1 fois par mois	≥1 fois par semaine		
Mode d'exercice	seul	12	10/83,33	2/16,67	0,13	5	2/40	3/60	0,64
	en groupe	20	11/55	9/45		30	9/30	21/70	
Variable	Modalité	N	Dossiers avec dernier FCU fait par MG	Dossiers avec dernier FCU non fait par MG	p-value (chi2)	N	Dossiers avec dernier FCU fait par MG	Dossiers avec dernier FCU non fait par MG	p-value (chi2)
		N/n(%)		N/n(%)		N/n(%)		N/n(%)	
Mode d'exercice	seul	189	28/14,81	161/85,19	0,002	31	12/38,71	19/61,29	0,56
	en groupe	228	63/27,63	165/72,37		322	108/33,54	214/66,46	

12.3.2 Analyse des tableaux 12 et 13 et présentation graphique des principaux résultats

- Les médecins femmes ont déclaré faire davantage ($p = 0,008$) de FCU dans leur pratique que les hommes.
- La fréquence de réalisation des FCU était influencée par le sexe ($p = 0,005$) :
 - il y a plus de femmes qui déclaraient faire des FCU au minimum 1 fois par semaine,
 - il y a plus d'hommes qui déclaraient faire des FCU au maximum une fois par mois.
- Le taux de FCU réalisé par les médecins femmes était plus important que celui réalisé par les médecins hommes ($p < 0,001$) (Figure 21).

Figure 21: Répartition des dossiers inclus en fonction du sexe du médecin et de la nature du préleveur du dernier FCU



- Le taux de FCU réalisé par les médecins généralistes était influencé par le mode d'exercice des médecins ($p < 0,001$) quand le médecin était un homme ($p = 0,002$), avec un taux plus important chez les médecins hommes exerçant en groupe.

DISCUSSION

A. DISCUSSION SUR LA METHODE

1. Critiques de l'étude et principaux biais méthodologiques

1.1. Un taux de participation faible

Près de 19% des médecins sollicités avaient accepté de participer à l'étude mais seuls 10,7% ont répondu aux questionnaires. Ce taux faible de participation peut être expliqué par :

- l'aspect contraignant et chronophage de l'étude (10 inclusions demandées par médecin).
- une mauvaise compréhension de l'étude par certains médecins, car, lors de la relance téléphonique, nous nous sommes aperçus qu'un certain nombre de médecins ne faisant pas de gynécologie habituellement pensaient ne pas faire partie de la population cible de l'étude. Certains médecins ont donc pu penser à tort ne pas être concerné par notre étude.

Nous avons un taux de participation plus faible que dans l'étude de Yannick RUELLE (64%) (42) mais son étude s'est adressée à une population source bien plus restreinte et plus ciblée que la nôtre.

1.2 Biais de sélection des médecins investigateurs

Les médecins ont été recrutés sur le principe du volontariat entraînant un biais d'auto-sélection. Notre travail a probablement intéressé d'avantage des médecins portant un intérêt particulier à la médecine préventive et soucieux de la qualité de leurs dossiers. Les taux élevés de FCU fait par les médecins généralistes et de dossiers renseignés sur la date du dernier FCU retrouvés dans notre étude témoignent probablement de ce biais.

1.3 Biais de recrutement des patientes

1.3.1 Effet de sélection

L'inclusion des patientes s'est faite à la seule initiative des médecins investigateurs et, au vu de la grande variabilité des délais d'inclusion retrouvée entre les différents médecins (chapitre 5.2, page 38), certains n'ont probablement pas inclus les 10 premières patientes vues en consultation. Cette variabilité a été également retrouvée dans l'étude de Yannick RUELLE qui avait une méthode similaire à la nôtre (42).

Ce biais est à modérer par les données suivantes, en défaveur d'inclusions sélectionnées par l'investigateur :

- l'hétérogénéité des informations obtenues pour chaque médecin,
- l'inclusion de dossiers comportant des FCU non à jour équitablement repartis entre les différents médecins,

- le surcroît de travail, non rémunéré, demandé par l'étude a très probablement amené certains médecins à ne pas inclure réellement les 10 premières patientes vues en consultation, mais à répartir les inclusions sur plusieurs journées.

Une évaluation des dossiers médicaux réalisée ou assistée par une tierce personne, aurait permis d'éliminer ce biais de sélection. Dans la littérature il n'a été retrouvé qu'une seule étude française (48) ayant eu recours à une tierce personne pour l'analyse des dossiers des médecins généralistes. Les médecins inclus dans cette étude étaient des maîtres de stage et les internes remplissaient le rôle de la tierce personne. Ces derniers avaient l'avantage de connaître les dossiers et le mode de fonctionnement de leurs maîtres de stage.

1.3.2 Représentativité d'un échantillon de 10 patientes

Pour des raisons de faisabilité, il a été demandé à chaque médecin de n'inclure que 10 patientes (49). Un effectif plus important aurait permis d'obtenir un échantillon plus représentatif de la patientèle de chaque médecin. Mais cela n'aurait été possible qu'avec un financement permettant d'indemniser correctement chaque investigateur. La représentativité aurait pu être améliorée par un échantillonnage de chaque patientèle fait par tirage au sort au sein des listes « médecin traitant » de chacun des investigateurs, ce qui n'était pas réalisable avec les moyens impartis.

1.3.3 Facteur d'exclusion manquant

La virginité est un facteur d'exclusion qui manquait dans notre étude. Du fait de cet oubli, qui a été à l'origine de 16 inclusions non exploitables, nous n'avons pas pu évaluer quel était le taux de patientes répondant aux critères du dépistage et n'ayant jamais eu de FCU.

1.4 Validité des réponses

1.4.1 Biais de déclaration

Il existe vraisemblablement un biais de déclaration dans notre étude comme dans tous les travaux se basant sur des déclarations de pratiques ou d'intention dans lesquels les médecins participant ont tendance à faire preuve d'auto-indulgence.

1.4.2 Biais de mémorisation

Les questions se rapportant aux modes de retour d'information de la date et du résultat du dernier FCU quand celui-ci n'a pas été prélevé ou prescrit par le médecin généraliste faisaient appel à la mémoire des médecins, source d'un biais de mémorisation entraînant une très probable inexactitude de certaines données.

1.4.3 Mesures d'association

Certains de nos résultats ont été soumis à des biais d'échantillonnage ne permettant pas de les généraliser du fait des faibles effectifs de certains groupes. Seules des études sur des effectifs plus importants permettraient d'infirmer ou de confirmer ces résultats.

2. Points forts de cette étude

2.1 L'effectif et la représentativité de la population source

Toutes les études françaises s'intéressant à l'évaluation des dossiers médicaux en médecine générale dans le cadre de la médecine préventive (42) (43) (48) ont inclus des médecins qui étaient soit maître de stage, soit membres de groupes d'échange de pratique entre pairs ou d'associations d'amélioration des pratiques. L'implication dans ces démarches qualitatives influence les pratiques et sont encore minoritaires chez les médecins (50) (51), ce qui rend difficile l'extrapolation des résultats de ces études.

Notre effectif important et le choix de solliciter l'ensemble de la population source pour participer à cette étude nous a permis :

- d'obtenir un échantillon de médecins plus important (maximum 58 médecins inclus dans la littérature) (48)),
- d'inclure des médecins de l'ensemble du département et d'avoir une photographie intéressante de la situation départementale.

2.2 Une méthode de recueil performante

Le recueil de données par un module informatique est un recueil reconnu comme performant.

L'utilisation d'un questionnaire électronique permet :

- de diminuer le coût d'une étude,
- d'avoir un accès instantané aux données permettant des corrections plus rapides,
- de limiter les données manquantes en bloquant la validation du questionnaire en cas de non réponse,
- de faire beaucoup moins d'erreurs de saisie des données pour l'analyse statistique.

2.3 Un travail qui a suscité chez les médecins participant une réflexion quant à la qualité de leurs dossiers et à leur implication dans le dépistage du cancer du col de l'utérus

Les commentaires libres des médecins participant à l'étude démontrent une vraie prise de conscience de l'insuffisance des données présentes dans leurs dossiers et de leur désir d'en améliorer la qualité.

B. DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS

1. Représentativité de nos échantillons

La population de médecins participant (Tableau 1, page 34) :

La population des médecins participant est :

- représentative de la population source et de la population non participante, pour le sexe, le lieu d'exercice et le statut de maître de stage,
- représentative de la population de médecins français et isérois pour le sexe,
- plus jeune que la population des médecins généralistes français et isérois (Figure 2, page 35), ce qui limitera la généralisation de nos résultats. Afin d'expliquer pourquoi les médecins de moins de 40 ans étaient davantage représentés dans notre population participante, on peut émettre les deux hypothèses suivantes :
 - une sensibilisation plus importante des médecins de moins de 40 ans aux travaux de recherche en médecine générale (52),
 - un taux de femmes plus important dans cette tranche d'âge (Figure 3, page 36) avec un taux de participation des femmes supérieur à celui des hommes dans notre étude bien que ce ne soit pas statistiquement significatif (Tableau 1, page 34). Il est possible que les femmes se soient senties plus concernées par cette étude, du fait d'une pratique plus courante des FCU à leurs cabinets (53).

La population des patientes incluses :

Notre échantillon de patientes incluses est représentatif, pour l'âge, de la population féminine iséroise.

Ainsi, malgré les biais de notre étude, nous avons pu obtenir une « photographie » relativement conforme du contenu des dossiers médicaux des médecins généralistes isérois.

2. Dépistage du cancer du col de l'utérus et contenu des dossiers médicaux

2.1 Trop peu de dossiers complets

Notre travail confirme que le contenu des dossiers médicaux est insuffisant. Seuls 23,9% des dossiers inclus dans notre étude contenaient l'ensemble des informations relatives au dernier FCU (date, résultat et qualité) (Figure 14, page 48), ce qui est comparable à l'étude Lorraine (42), dans laquelle 27,5% des dossiers étaient complets. Alors que la date et le résultat du dernier FCU sont présents dans des proportions égales dans les dossiers (Figure 14, page 47), la qualité était le critère le plus souvent absent (Figure 14, page 48), ce qui n'avait pas été observé par Yannick RUELLE (42). L'explication tient à la formulation de la question relative à la présence de la qualité dans les dossiers. Dans l'étude Lorraine (42), il était demandé aux médecins si ils connaissaient la qualité du dernier FCU alors que, dans notre étude, il leur était demandé si la qualité du dernier FCU était présente dans leurs dossiers. Il est très probable que de nombreux médecins ne renseignent leurs dossiers que lorsque la

qualité est insatisfaisante. Ainsi ce n'est pas parce que l'information n'est pas présente dans leurs dossiers qu'ils ne la connaissent pas.

Nous avons retrouvé une influence du lieu d'exercice des médecins sur les informations contenues dans les dossiers avec davantage de dossiers renseignés sur la qualité du dernier FCU chez les médecins ruraux. Ce résultat est très probablement le fruit d'un biais d'échantillonnage car près de 50% des dossiers dont il est question ont été inclus seulement par 3 médecins. En effet, en retirant ces inclusions de l'analyse nous ne retrouvons plus de résultat significatif.

2.2 Avoir connaissance du compte-rendu des FCU : principal garant d'un dossier complet

Nous avons retrouvé un taux comparable de dossiers complets quand le médecin généraliste l'a réalisé ou quand le compte-rendu d'un FCU fait par un autre préleveur lui est parvenu (Figure 12, page 44). Quand la patiente a été à l'origine d'un retour d'information purement oral, aucun dossier n'était complet. Ainsi la condition sous-jacente à l'obtention de dossiers complets est que le médecin soit destinataire des comptes-rendus, qu'il ait fait ou non l'examen.

2.3 Un retour d'information qui fait défaut quand le médecin n'a été ni préleveur ni prescripteur de l'examen

Comme l'avait déjà démontré Yannick RUELLE dans son étude (42), le contenu des dossiers médicaux des médecins généralistes est de bonne qualité lorsqu'ils ont réalisé eux-mêmes le dernier FCU (Figure 14, page 47 et 48). En revanche, lorsque le médecin généraliste n'a pas été l'effecteur du dernier frottis, il est très mal renseigné (Figure 14, page 47 et 48).

Comparativement à l'étude de Yannick RUELLE (42), nous avons des taux de dossiers renseignés sur la date et le résultat du dernier FCU plus élevés lorsque le médecin généraliste n'a pas été l'effecteur du dernier FCU (35,24% et 24,51% vs 19,09% et 10,37%). En revanche, ces taux sont similaires lorsque le médecin généraliste a prescrit et/ou réalisé le dernier FCU.

Ainsi, les taux plus élevés de dossiers renseignés sur la date et le résultat du dernier FCU obtenus dans notre étude s'expliquent par un retour d'information plus important quand le médecin n'a pas été l'effecteur de l'examen.

3. Les différentes modalités de retour d'information

3.1 Un retour d'information par le préleveur qui est minoritaire

Quand le médecin généraliste n'a été ni l'effecteur ni le prescripteur de l'examen, il faisait peu l'objet d'un retour d'information de la part du préleveur, qui est apparu comme la source d'information la plus minoritaire (Figure 10, page 42). Notre résultat était inférieur de moitié à celui de l'étude de Yannick RUELLE qui était de 12,03% (42).

Nombreuses sont les études qui soulèvent la problématique du manque de coordination et d'échange entre médecins généralistes et gynécologues (54) responsable d'un frein organisationnel à l'implication des médecins dans ce dépistage. Certains médecins parlent même « d'opacité » entre ce qui se passe chez le gynécologue et chez le médecin généraliste (55). Cette problématique, retrouvée pour l'ensemble des spécialités qui sont en accès spécifique, relève avant tout d'un problème de communication qui a été très peu étudié dans la littérature. A l'inverse, comme en témoignent certains travaux qualitatifs, les patientes semblent, elles, être très favorables à ce que leurs médecins traitants soient au courant de leur suivi gynécologique, même si elles ne souhaitent pas le leur confier (56) (57). Elles sont nombreuses à placer leur médecin traitant au centre de la coordination de leur santé conformément à son rôle (58).

3.2 Des médecins investis dans l'interrogatoire de leurs patientes

Quand le médecin n'a pas été le préleveur ni le prescripteur de l'examen, les données relatives aux derniers FCU ont été le plus souvent données oralement par les patientes, et pour la majorité suite à la demande du médecin (Figure 10, page 42).

Ces taux plus élevés que ceux retrouvés dans la littérature expliquent pourquoi nous avons retrouvé un meilleur taux de retour d'information dans notre étude comparativement à celle de Yannick RUELLE (42). Dans le baromètre cancer et médecins généralistes (31), 45% des médecins interrogés déclaraient vérifier systématiquement que leurs patientes concernées avaient bien réalisé un dépistage du cancer du col de l'utérus, contre 56% pour le dépistage du cancer du sein et 34% pour le dépistage du cancer colo rectal.

Cette initiative répond à une attente des patients. Entre 20 et 30% des patients n'ayant pas parlé de dépistage avec leur médecin attendent que ce soit lui qui l'aborde en premier (59), et ils sont nombreux à accorder un rôle primordial à leur médecin traitant pour les inciter au dépistage et tout particulièrement à celui du cancer du col de l'utérus (60). Exception faite du dépistage du cancer de la peau, les dépistages sont réalisés davantage à la demande d'un professionnel de santé qu'à l'initiative de la personne : à commencer par le dépistage du cancer de l'utérus qui dans 80% des cas se fait sur incitation du médecin, 60% pour le cancer du sein et 50% pour le colorectal (61). Devant ces chiffres il apparaît donc indispensable que les médecins traitants connaissent la date du dernier FCU de leurs patientes, afin de pouvoir inciter celles qui ne sont pas à jour.

La dernière convention, signée en 2011 (41), encourage également les médecins dans cette démarche en ayant intégré le dépistage du cancer du col de l'utérus dans les objectifs de santé publique du paiement à la performance. L'objectif fixé est un taux de couverture de 80% des patientes concernées par le dépistage. Actuellement, seul l'interrogatoire permet aux médecins de récupérer ces données puisque la Sécurité sociale ne transmet pas encore aux médecins généralistes la liste de leurs patientes qui ne sont pas à jour.

3.2.1 Existe-t-il des déterminants sous-jacents à cet investissement ?

Se pose la question de savoir s'il existe des déterminants propre aux médecins, aux patientes ou à la relation médecin patiente qui favoriseraient cet interrogatoire ?

Déterminants liés aux médecins :

Les pratiques des médecins participant, en matière d'interrogatoire, étaient assez divergentes (Figure 11, page 43). Il n'a pas été retrouvé de données dans la littérature permettant de comparer ce résultat. Des études ont montré que, dans le cadre des dépistages, il existe une discordance entre le niveau de conviction des médecins généralistes sur l'efficacité d'un dépistage et leur pratique déclarée (préconisation, vérification, voire réalisation pour le col de l'utérus). Celle-ci est plus liée à une posture globale du médecin face à l'acte de dépistage qu'à une opinion sur tel ou tel dépistage (31).

Déterminants liés à la relation médecin-patient :

L'analyse des justifications apportées en commentaire libre par les médecins, quand leurs dossiers n'étaient pas renseignés sur le dernier FCU de leurs patientes, nous permet de dégager deux déterminants potentiels (Figure 17, page 50) :

- ✓ le délai de suivi des patientes
- ✓ la fréquence des consultations

Dans la littérature, il apparaît que les dossiers sont mieux renseignés quand les patientes sont suivies depuis plus de deux ans (25% versus 17%) et chez celles vues au moins trois fois dans l'année précédente (30% versus 20%) (48).

Les avis des médecins sont très partagés sur la question « Faut-il mettre en avant la prévention dès la première consultation ? » et c'est ce qui nous a amené à ne pas mettre de délai minimum de suivi dans nos critères d'inclusion. En effet, certains médecins choisissent de mettre en place la dimension préventive de la prise en charge dès la première consultation, quel qu'en soit le motif. En début de suivi, certains médecins programment également une consultation plus longue, pour prendre le temps de renseigner le dossier médical. Ils profitent alors de cette occasion qu'ils jugent propice car non parasitée par d'autres motifs de consultation, pour faire le point sur les différents dépistages. Au contraire, certains pensent qu'il est nécessaire, dans un premier temps, de construire la relation médecin-patient pour, dans un deuxième temps, être plus pertinent dans l'approche préventive, d'autant plus quand on s'intéresse à la sphère gynécologique (48).

Déterminants liés aux patientes :

La seule étude qui s'est intéressée à rechercher s'il existait une influence des caractéristiques des patientes sur la qualité du renseignement des dossiers concernant les FCU n'a retrouvé aucune influence des critères socio-économiques des patientes (48).

3.2.2 Validité des informations communiquées par les patientes

Du fait que l'interrogatoire des patientes représente la principale modalité d'obtention des informations contenues dans les dossiers des médecins quand ils n'ont pas été l'effecteur du dernier FCU, se pose la question de la fiabilité des données communiquées par les patientes. Une méta-analyse faite en 2009 aux Etats-Unis (62) s'est intéressée à connaître la précision des données communiquées par les patientes en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein. Celle-ci a retrouvé que la sensibilité et la spécificité de l'interrogatoire des patientes pour la date du dernier FCU était de 94.7% (IC à 95% [93%-96.4%]) et de 47.4% (IC à 95% [39%-55,7%]), et de 94.9% (IC à 95% [93,4%-96.4%]) et de 61,8% (IC à 95% [54,1%-69,5%]) pour la date de la dernière mammographie. Peu de femmes déclaraient ne pas être à jour alors qu'elles l'étaient et, à l'inverse, nombreuses étaient les femmes qui déclaraient être à jour alors qu'elles ne l'étaient pas. D'après cette étude il pourrait exister un biais de mémorisation qui amèneraient les femmes à sur déclarer leur participation aux dépistages gynécologiques. Il est reconnu depuis longtemps que les raisons de cette distorsion résultent d'une tendance à déclarer ce qui est conforme aux représentations sociales du déclarant plutôt qu'à la réalité des faits (63).

L'interrogatoire des patientes a ses limites et les médecins ne peuvent pas s'en contenter pour assurer une bonne fiabilité et une bonne précision des données de leurs dossiers. Il semble nécessaire que les médecins puissent avoir connaissance des comptes-rendus des FCU de leurs patientes (Figure 12, page 44). Dans notre étude le compte-rendu des FCU n'a été récupéré que dans 8,8% des cas concernés (Figure 10, page 42) alors que plus de 80% des médecins déclaraient le récupérer régulièrement. Il existe donc une discordance entre les déclarations des médecins et les résultats de l'étude.

4. Sexe, mode d'exercice, pratiques des médecins participants et âge des patientes : des critères influençant le contenu des dossiers médicaux lorsque l'effecteur du dernier FCU n'était pas le médecin généraliste

4.1. Des dossiers mieux renseignés par les médecins femmes

Les dossiers des médecins de sexe féminin étaient mieux renseignés sur la date et le résultat des FCU réalisés par un autre préleveur (Figure 6, page 40). Du fait d'effectifs trop faibles, il ne nous a pas été possible d'évaluer l'influence du genre du médecin sur les différentes modalités de retour d'information. Dans la littérature, ce résultat semble se justifier par une pratique plus systématique, chez les femmes médecins, de l'interrogatoire du suivi gynécologique de leurs patientes (31) (64). Il est difficile de savoir si cela relève d'un intérêt plus marqué des médecins femmes pour le suivi gynécologique de leurs patientes ou d'une aisance plus importante de ces dernières quand il s'agit d'aborder ce suivi.

4.2. Des dossiers mieux renseignés par les médecins hommes exerçant en groupe

Les dossiers des médecins hommes exerçant en groupe étaient mieux renseignés sur la date et le résultat des FCU réalisés par un autre préleveur (Figure 7, page 41). Ce résultat n'a pas été retrouvé chez les femmes médecins (Tableau 5, page 40). La mise en réseaux des dossiers médicaux dans la majorité des cabinets de groupe favorise probablement une meilleure tenue des dossiers. Les occasions de renseigner les dossiers sont également multipliées par le nombre de médecins exerçant dans le cabinet.

4.3. Des dossiers mieux renseignés par les médecins déclarant faire des FCU

Les dossiers des médecins faisant des FCU dans leur pratique étaient mieux renseignés sur la date des FCU réalisés par un autre préleveur (Figure 8, page 41) en cohérence avec l'enquête « Médecins généralistes et dépistage des cancers » (31) dans laquelle les médecins qui réalisaient eux-même les FCU avaient davantage déclaré vérifier systématiquement en consultation la réalisation d'un dépistage du cancer du col de l'utérus.

Le fait de pouvoir proposer aux femmes qui ne sont pas à jour de leur faire leur FCU, incite probablement les médecins à s'intéresser davantage au statut de leur patiente en matière de dépistage.

4.4 Chez les médecins hommes, les dossiers des femmes de plus de 55 ans sont mieux renseignés que les dossiers des femmes de 25-34 ans

Nous avons retrouvé une influence de l'âge des patientes sur la tenue des dossiers, lorsque le dernier FCU n'avait pas été prélevé par le médecin traitant (Tableau 4, page 39). La stratification sur le sexe du médecin a montré que cette influence était présente aussi bien chez les médecins femmes que chez les médecins hommes mais elle n'était statistiquement significative que chez les médecins hommes (Tableau 5, page 40).

Les dossiers des patientes de plus de 55 ans étaient les mieux renseignés et ceux des moins de 34 ans étaient les moins bien renseignés (Figure 9, page 42). A l'origine de ce résultat, nous pouvons émettre les hypothèses explicatives suivantes:

- dans cette tranche d'âge, des fréquences moyennes de consultation plus élevées favoriseraient la présence de la date du dernier FCU dans les dossiers médicaux (48) ;
- dans cette tranche d'âge, en Isère, les échanges sur le dépistage du cancer du col de l'utérus entre les patientes et leurs médecins sont probablement favorisés par le dépistage organisé qui ciblait les femmes de 55 à 70 ans de 1990 à 2009. Cela pourrait expliquer que ce résultat n'avait pas été retrouvé dans l'étude de Yannick RUELLE (42) ;
- les médecins généralistes hommes ont probablement moins d'aisance à aborder le suivi gynécologique avec leurs patientes. Ce qui pourrait expliquer pourquoi ce résultat a été retrouvé significatif uniquement chez les médecins hommes.

5. Un retour d'information systématique, un souhait des médecins généralistes

5.1 Une volonté de la majorité des médecins participant

98,7% d'entre eux se sont prononcés favorablement à la mise en place d'un retour d'information systématique des comptes-rendus des FCU auprès des médecins traitants. Ce résultat est soumis à un biais de sélection très important et son extrapolation à l'ensemble des médecins généralistes semble difficile. Cependant, cette volonté semble être partagée par un certain nombre de médecins généralistes au niveau national : le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) demande en 2012 « que le résultat des frottis soit systématiquement adressé au médecin traitant, responsable de la coordination du dépistage, même s'il ne l'a pas réalisé lui-même » (65) (Annexe 12).

5.2 Priorité donnée aux cabinets d'anatomo-cytopathologie pour assurer sa gestion (Figure 13, page 45)

Ce résultat est surprenant quand nous savons que, dans la littérature, la plainte des médecins généralistes sur le manque de coordination et de communication avec leur confrères gynécologues est récurrente (54) (66). Nous aurions pu nous attendre à ce que le préleveur soit placé par les médecins traitants au centre de son organisation afin qu'ils soient destinataires d'informations complémentaires relatives à la prise en charge mise en œuvre par le préleveur, particulièrement en cas de FCU pathologique. Ce résultat pose la question des attentes des médecins généralistes vis-à-vis de ce retour d'information. Ce résultat ne serait-il pas le reflet de ce qui apparaissait aux médecins participant comme le plus faisable et pas comme le plus souhaitable ? En suggérant l'idée d'organiser ultérieurement un retour d'information avec les cabinets d'ACP de l'Isère, il est possible que notre courrier de présentation de l'étude ait pu influencer leurs réponses.

6. La présence d'un dépistage organisé, un facteur qui semble avoir une influence positive sur l'implication des médecins généralistes dans le dépistage du cancer du col de l'utérus (Figure 18, page 51)

Pour une majorité des médecins interrogés, la présence d'un dépistage organisé aurait une influence positive sur leur implication dans ce dépistage. Cela avait déjà été mentionné dans une étude menée par le Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire (CAREPS) en 1996. Cette dernière avait cherché à analyser la perception par les médecins libéraux isérois de la campagne départementale de dépistage des 3 cancers pour identifier les freins à leur meilleure adhésion (67). Il était ressorti des déclarations des généralistes interrogés que leurs pratiques avaient évolué vers une plus grande systématisation des examens et des gestes de dépistage, y compris en direction des femmes non concernées par la campagne (67). Cette influence pourrait s'expliquer par tout un ensemble d'actions menées en direction des médecins généralistes par les structures de gestion des dépistages organisés afin de favoriser leur information et leur intégration dans ce dépistage (documentation adaptée, entretien personnalisé, proposition de formation). Les médecins participant ayant bénéficié

d'une visite de la déléguée médicale de l'ODLC ont davantage répondu positivement à cette question (Tableau 10, page 52), sans différence significative. Parmi les effets indirects potentiellement induits par la campagne de dépistage figure l'idée que celle-ci peut offrir à certains médecins un moyen supplémentaire de parler de prévention avec leurs patientes.

7. Les alertes : une aide sous exploitée

Le taux d'alerte était deux fois plus élevé quand le dernier FCU a été prélevé ou prescrit par le médecin généraliste (Figure 19, page 54). A noter que, sur les 131 dossiers faisant l'objet d'une alerte, 23 (soit 17,56%) ne contenaient pas la date du dernier FCU. Il est possible que certains médecins n'aient pas compris le terme d'alerte comme synonyme de planification du prochain FCU mais plutôt comme synonyme d'un rappel permettant de mettre en évidence dans leur dossier le fait que leur patiente n'est pas à jour. Ce résultat témoigne de l'importance qu'il faut accorder à la précision des définitions des termes présents dans un questionnaire.

La sous-utilisation de cet outil dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus a été retrouvée dans plusieurs études avec en moyenne 25% des médecins qui utilisent des rappels automatiques pour les actes de prévention (48). Dans l'étude de Yannick RUELLE (42), cet outil était davantage utilisé par les médecins les plus jeunes, ce qui n'a pas été retrouvé dans notre étude. Par contre, nous avons retrouvé une utilisation plus importante de cet outil par les médecins exerçant en milieu rural. Ce résultat a été soumis à un biais d'échantillonnage puisque sur les 30 inclusions faites par les médecins ruraux, 14 (47%) ont été faites par le même médecin. En enlevant ces 14 inclusions nous ne retrouvons plus de différence significative ($p = 0,7$).

Se pose alors la question de la pertinence de cet outil dans le cadre des dépistages et de l'intérêt qu'il y aurait à développer et à généraliser dans les logiciels des dossiers médicaux un module intégré pour leurs suivis, comme cela existe déjà pour les vaccinations. La plupart des logiciels médicaux ont une fonction « alarme », et tous permettent de saisir des données structurées. Mais les éditeurs laissent chaque médecin libre de « bricoler » sa propre solution et très peu proposent un module intégré dédié au suivi préventif. Il en résulte une grande variabilité d'utilisation entre médecins et une impossibilité à mesurer et à suivre des indicateurs de prévention à partir des dossiers informatisés. Ceci ne facilite pas les démarches d'amélioration continue de la qualité des soins préventifs. Un module de prévention/dépistage qui serait semblable dans tous les logiciels pourrait à la fois aider les médecins en consultation et permettre à distance de réaliser des collectes de données des indicateurs de qualité des pratiques préventives.

8. Pratiques des médecins généralistes en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus

8.1 Réalisation des FCU : une pratique fréquente parmi les médecins participant

Comparativement à une étude iséroise menée par l'ODLC en 2011 (64), quatre cinquième des généralistes participant ont déclaré faire des FCU dans leur pratique (Figure 20, page 54). Au niveau national, selon les études, la pratique des FCU concernerait 50 à 90% des médecins généralistes (31) (68) (69) (70) et l'un des déterminants principaux serait la densité de gynécologue du territoire étudié (14) (31).

Pour un quart des patientes incluses dans notre étude, le dernier FCU renseigné dans leurs dossiers, a été réalisé ou prescrit par le médecin généraliste. Nous avons choisi de ne pas différencier les FCU prélevés des FCU prescrits par le médecin généraliste, car ces derniers s'intègrent complètement à leur participation au dépistage du cancer du col de l'utérus. Cela explique en partie pourquoi ce taux est légèrement supérieur à celui retrouvé dans l'étude de Yannick RUELLE dans laquelle 21% des FCU avaient été prélevés par les médecins généralistes (42). Notre étude, comme celle de Yannick RUELLE, a été exposée à des biais de recrutement responsables d'une probable surestimation de ces taux qui sont bien supérieurs à ceux publiés dans la littérature. En France près de 10% des FCU sont réalisés par les médecins généralistes (14) (71) (72). Ce taux est stable depuis cinq ans dans les différents Baromètres cancer où les femmes disent avoir réalisé leur FCU de dépistage en majorité chez un gynécologue (89%) plutôt que chez un médecin généraliste (11%) (15) (61) (73).

Il est intéressant de souligner que les méthodes de recueil de données utilisées dans les différentes études ne sont pas les mêmes et rendent ainsi les comparaisons difficiles.

A l'échelle nationale, du fait de l'absence d'une cotation spécifique de l'acte de prélèvement jusqu'en mars 2012, et de l'absence d'organisation et de collecte systématique des données, le recensement de la participation des médecins généralistes ne pouvait se faire qu'au travers d'enquêtes déclaratives (type Baromètre santé) responsables le plus souvent d'une surestimation des chiffres. Les enquêtes non déclaratives sont confrontées à la difficulté d'identification précise des préleveurs. En effet, dans les bases de données de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), l'acte de prélèvement du FCU n'était jusqu'à présent pas identifiable car non dissocié de la consultation du médecin généraliste et du gynécologue et l'identité du prescripteur de l'examen ne correspond pas toujours à l'identité du préleveur (14). Les études reposant sur les données issues directement des cabinets d'ACP apparaissent plus fiables mais elles ne recensent pas toujours les FCU faits en phase liquide qui sont le plus souvent traités dans d'importantes structures régionales. Ces études sont également soumises à certaines imprécisions quant à la nature du préleveur entre médecin biologiste et médecin généraliste. Du fait d'une logistique assez lourde il existe peu d'étude française de ce type. Celles-ci retrouvent le plus souvent des taux de FCU prélevés par les médecins généralistes inférieurs à 10%, et des taux de FCU prélevés ou prescrits par les médecins généralistes

s'échelonnant entre 3 et 15% (53) (55) (74). Cependant la dimension départementale ou voir régionale de ces études rend difficile la généralisation de ces résultats à l'échelle nationale car ils sont nettement influencés par la démographie des spécialistes et par les caractéristiques socio-économiques des patientes du territoire étudié (14).

Dans l'ensemble des études, il existe également une surestimation de la part des FCU de dépistage réalisés par les gynécologues par le biais des FCU de contrôle non dissociables des FCU de dépistage car identifiés par les mêmes codes, et par le biais du sur dépistage fait par les gynécologues (14). Dans le Baromètre cancer 2010, le médecin généraliste était à l'origine du prélèvement quatre fois plus souvent chez les femmes qui citaient un suivi tri-annuel que lors d'une pratique annuelle (26% versus 6%) (15).

Ainsi à ce jour, il n'existe pas de données précises et fiables du taux de FCU de dépistage réalisés par les médecins généralistes à l'échelle nationale. Mais il semble que leur implication dans la réalisation des FCU tende à augmenter progressivement. Ce que reflète les résultats du Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003 (75) dans lequel 38,4% des médecins généralistes déclaraient avoir réalisé eux-mêmes un FCU chez leur dernière patiente, contre 29% en 1998.

Les résultats des études menées dans les départements bénéficiant d'un dépistage organisé sont assez divergents :

- en Alsace en 2005, les généralistes avaient prélevé 2,4% de l'ensemble des FCU prélevés dans l'année (53) ;
- dans le Doubs, les FCU faits par les médecins généralistes atteignaient 14% en moyenne sur les années 1993 à 2004 (76) ;
- en Isère en 2004, la participation des médecins généralistes atteignait une proportion de 37% des FCU réalisés (77).

Ces divergences tiennent à la fois :

- aux méthodologies retenues : en Alsace et dans le Doubs l'ensemble des FCU réalisés dans ces départements a été pris en compte, qu'ils s'inscrivent ou non dans le cadre du dépistage organisé, alors qu'en Isère seuls les FCU réalisés dans le cadre du dépistage organisé ont été pris en compte, ce qui surestime la participation des médecins généralistes. Cette participation importante tient également au fait que les invitations en Isère associaient les trois dépistages et s'adressaient aux femmes de 50 à 74 ans dont la fréquentation des gynécologues est plus faible comparativement aux autres tranches d'âge (78) ;
- aux différences démographiques propres à chacun des départements : en Alsace, la densité de gynécologue inférieure à la densité nationale (28) aurait du inciter une participation plus importante des médecins généralistes. Les auteurs ont expliqué ce résultat par la présence de nombreuses infrastructures facilitant l'accès aux gynécologues, et un niveau socio-

économique globalement élevé des patientes (53). Dans le Doubs, les différences de reliefs et la ruralité rendent plus difficile l'accès aux spécialistes, et une densité de médecins généralistes supérieure pour une offre gynécologique équivalente à celle de l'Alsace, peuvent expliquer la différence de taux retrouvée entre ces deux départements.

8.2 Influence des facteurs épidémiologiques des médecins sur la pratique du FCU

8.2.1 Une pratique plus fréquente chez les médecins de sexe féminin

Que ce soit dans leurs déclarations ou dans les taux de FCU prélevés et/ou prescrits par les médecins femmes participantes, cet examen est significativement plus ancré dans leurs pratiques comparativement aux médecins hommes (Figure 21, page 56).

En 1997, il avait déjà été montré que les médecins généralistes femmes étaient plus impliquées dans le dépistage des cancers féminins en réalisant plus de tests de dépistage, mais aussi en informant mieux leurs patientes sur ces tests (79). Le sexe féminin figure parmi les caractéristiques du profil type du médecin généraliste réalisant lui-même des FCU défini dans le Baromètre médecins généralistes et cancer de 2010 (31). L'écart de 20 points retrouvé dans notre étude, entre le taux de participation des médecins femmes et hommes, est comparable à celui retrouvé dans la littérature (53) (68) (69). Un médecin généraliste femme prélève ou prescrit en moyenne 2,5 fois plus de frottis qu'un homme généraliste (53).

Dans une récente étude qualitative s'intéressant aux obstacles à la réalisation du FCU en médecine générale, les médecins généralistes interrogés déclaraient que le genre du médecin réalisant le FCU était un déterminant important, et qu'il était plus facile pour un médecin de genre féminin de proposer et de réaliser des FCU en raison de la diminution de la gêne et de la pudeur qu'avaient les patientes à leur égard (54). Les patientes interrogées dans différentes études qualitatives semblaient elles être partagées quant au rôle du genre du médecin : pour certaines, la pudeur était plus marquée quand le médecin était un homme (78) alors que pour d'autres, le genre du médecin n'avait pas d'importance (56) (80). Nous pouvons alors encore nous demander qui influence davantage cette implication plus importante des médecins de sexe féminin entre le médecin qui se sent davantage concerné pour soigner ces congénères de même sexe et les patientes qui se tournent plus facilement vers un médecin généraliste femme pour prendre en charge les questions de gynécologie ?

8.2.2 L'exercice en groupe favoriserait chez les hommes la pratique des FCU

Les médecins de sexe masculin exerçant en groupe (groupe hors maison de santé, maison de santé et ou centre de santé) ont réalisé d'avantage de FCU que les médecins de sexe masculin exerçant seul (Figure 7, page 41). Cette différence n'a pas été retrouvée chez les médecins de sexe féminin. Plusieurs travaux ont déjà identifié l'activité de groupe comme un facteur favorisant la réalisation de FCU, et comme l'un des critères du profil type du médecin réalisant des FCU du Baromètre médecin généraliste et cancer (31) (55). Le travail en groupe, en favorisant une bonne organisation, un gain de temps, et une diminution des

dépenses matérielles, apporterait des solutions à certains obstacles évoqués régulièrement par les médecins quant à la réalisation de FCU dans leurs cabinets. Par le biais des échanges de pratiques et du partage des expériences, l'activité de groupe peut également créer une émulation et un dynamisme favorable, qui motivent les praticiens à réaliser cet examen.

Il serait intéressant de pousser plus loin cette réflexion et de rechercher au sein des médecins de sexe masculin travaillant en groupe, s'il existe des facteurs prédisposant à la pratique du FCU, comme par exemple la mixité des associations.

8.2.3 Pas d'influence de l'âge, du lieu d'exercice et du statut de maître de stage sur la pratique du FCU

Comparativement aux autres études (42) (43), l'âge des médecins n'a pas eu d'influence sur la pratique des FCU. Dans les années à venir, nous pouvons nous attendre à ce que les jeunes médecins généralistes, du fait de leur formation initiale, fassent d'avantage de FCU que leurs aînés. Depuis 2001, tous les étudiants de médecine réalisent au cours du deuxième cycle un stage obligatoire de trois mois en gynécologie et depuis 2004 (81), les internes de médecine générale font un semestre obligatoire en service de pédiatrie et/ou de gynécologie. Seuls les médecins de moins de 35 ans sont concernés par ces réformes (6 médecins inclus dans notre étude). Si les générations de jeunes médecins généralistes ne pratiqueront pas plus de FCU que leurs aînés, il faudra alors réfléchir à l'amélioration de la formation initiale qui constitue l'une des principales sources de motivation des médecins pour leur pratique future (55). Cette amélioration pourrait en priorité reposer sur l'obligation pour les internes de médecine générale de réaliser un stage en pédiatrie et en gynécologie. La formation initiale a un rôle plus déterminant à jouer que les formations médicales continues car les médecins choisissent ces dernières le plus souvent en fonction de leurs points d'intérêt, afin de se perfectionner, plutôt qu'en fonction de leurs lacunes (55).

Il n'a pas été retrouvé d'influence statistiquement significative du lieu d'exercice sur la pratique des FCU, mais les médecins ruraux ont fait et ont déclaré en faire plus fréquemment (Tableau 12, page 55). Cette constatation concorde avec une enquête menée en Bourgogne en 2004 (69) dans laquelle les médecins généralistes réalisant des FCU pratiquaient le plus souvent dans les petites communes (77,1%) (< 2 000 habitants) et les moyennes communes (81,6%) (2 000 à 30 000 habitants) versus 57,9% dans les communes de plus de 30 000 habitants. Les médecins généralistes des agglomérations de plus de 30 000 habitants orientaient plus souvent les patientes chez le spécialiste (44,4%) que ceux des communes de petite taille (16,7%) et des communes de taille moyenne (16,1%). Ce phénomène reflète la répartition de l'offre de soins des gynécologues français dont la densité est bien plus élevée en région urbaine que rurale (28). L'absence de significativité statistique retrouvée dans notre étude est peut être due à un manque de puissance lié au faible effectif de médecins ruraux.

Le statut de maître de stage n'influence pas la pratique des FCU, dans notre étude, ce qui n'a pas été étudié dans la littérature.

8.3 Un préleveur sous-utilisé

Près de 50% des médecins réalisant des FCU dans leur pratique déclaraient en faire au maximum 1 fois par mois (Figure 20, page 54) et un quart des médecins qui ont réalisé des FCU dans leurs inclusions n'en n'ont réalisé qu'un seul, ce qui était comparable à l'étude Lorraine (42). Ces résultats témoignent à la fois d'un faible recours aux médecins généralistes en tant que préleveur et du potentiel important qu'ils représentent et qu'il est possible de développer en cas d'insuffisance de spécialistes.

C. REFLEXIONS SUR LA PROBLEMATIQUE D'UN RETOUR D'INFORMATION SYSTEMATIQUE DES COMPTES RENDUS DES FCU AUPRES DES MEDECINS TRAITANTS

1. Pourquoi demander un retour d'information systématique

- ✓ Pour répondre à une responsabilité collective : le fait d'avoir ou non dans son dossier médical un compte-rendu d'un examen hors contexte de dépistage correspond à une perspective individuelle de l'acte de soins. Or, dans le cadre des dépistages, la perspective est collective et le médecin traitant est responsable de l'acte devant la collectivité. Le praticien (médecin généraliste ou gynécologue) est responsable de la prise en charge de la patiente qu'il a prélevée ou qui a été prélevée dans un laboratoire d'analyse médicale, mais le médecin traitant est lui responsable du dépistage de toutes ses patientes. Ce sont deux champs différents de responsabilités. Le praticien a une responsabilité individuelle et le médecin traitant a une responsabilité collective.

Dans le cas du FCU, la seule preuve réelle de l'acte de dépistage est le compte-rendu. Ainsi, pour répondre à cette responsabilité, les comptes-rendus des FCU doivent figurer dans leurs dossiers médicaux quel que soit l'effecteur, dans la limite de l'acceptation de la patiente.

- ✓ Pour garantir la fiabilité et la qualité des informations contenues dans les dossiers médicaux : ce que l'interrogatoire seul ne permet pas d'assurer (cf chapitre 3.2.2 page 63).
- ✓ Pour permettre aux médecins traitants de « rattraper » les patientes qui arrêtent de consulter leur gynécologue : le plus souvent lorsque le suivi gynécologique régulier est assuré par un gynécologue, les médecins généralistes traitants ne s'intéressent plus au dépistage des cancers gynécologiques et ils ne tiennent plus à jour les dossiers. Le risque est que la patiente n'informe pas le médecin généraliste lorsqu'elle cesse de consulter son gynécologue, ce qui est particulièrement fréquent chez les femmes ménopausées.
- ✓ Pour renforcer la « barrière de sécurité » en cas de FCU pathologique : dans les différentes études, ce sont 3 à 8% des femmes ayant eu un cancer invasif du col qui n'avaient pas eu de suivi de FCU anormal (82) (83) (84). Cet argument est moins pertinent dans les départements bénéficiant d'un dépistage organisé, car, conformément au cahier

des charges, les structures de gestion récupèrent l'ensemble des comptes-rendus des FCU réalisés dans le département qu'ils relèvent du dépistage organisé ou individuel et doivent s'assurer qu'il existe une prise en charge des FCU pathologiques.

- ✓ Pour favoriser la transmission d'un dossier complet : en cas de déménagement ou de changement de médecin traitant, ce sont leurs dossiers qui sont le plus souvent récupérés par les patientes.
- ✓ Pour aider les médecins traitants à mieux atteindre leurs objectifs de santé publique : fixés par la nouvelle convention (41) dans le cadre du paiement à la performance, qu'ils soient liés à la tenue du dossier ou au dépistage du cancer du col de l'utérus.
- ✓ Pour multiplier les chances que les patientes puissent récupérer un double des comptes-rendus de leur FCU. Afin d'impliquer et de responsabiliser les patientes dans les démarches de prévention de santé, il apparaît important qu'elles détiennent les résultats de leurs examens de dépistage. Il revient au préleveur de leur donner le double de leurs résultats, soit lors d'une consultation, soit en demandant au cabinet d'ACP d'envoyer directement les résultats à la patiente sous réserve de leur normalité. Pratiques qui pour l'instant sont encore loin d'être systématique.
- ✓ Pour éviter de refaire des examens inutilement.
- ✓ Pour permettre une ouverture à une meilleure collaboration avec les gynécologues.

2. Est-ce qu'un retour d'information systématique des comptes-rendus des FCU auprès des médecins traitants peut influencer leurs pratiques et contribuer à augmenter le taux de couverture de leur patientèle ?

Un retour d'information n'a d'intérêt que si les médecins le font apparaître dans les dossiers de leurs patientes, ce qui semble acquis dans leurs pratiques au vu des résultats de notre étude (cf chapitre 2.2, page 60). Cependant, renseigner le dossier sans s'inscrire dans une démarche préventive d'ensemble n'a pas beaucoup de sens.

Bien que nous n'ayons retrouvé aucune étude évaluant l'impact de la tenue des dossiers sur les pratiques préventives des médecins, il semble admis, dans la littérature, que des dossiers médicaux correctement renseignés sur le statut des patients vis-à-vis des dépistages serait un élément majeur pour appréhender leur inscription dans la pratique quotidienne des médecins (31).

Dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus, nous pouvons imaginer qu'un retour d'information systématique des comptes-rendus des FCU encouragerait davantage les médecins traitants à créer ou à réinstaurer un dialogue avec leurs patientes sur les questions de gynécologie et permettre alors :

- ✓ de répondre à une attente des patientes qui, dans la littérature, semblent déplorer une absence de prise en compte du suivi gynécologique en consultation de médecine générale (56),
- ✓ de lever certaines représentations socio-culturelles sur les sujets touchant à la sphère génitale que se font patientes et médecins généralistes qui, réciproquement, les considèrent comme une forme de tabou pour l'autre (54),
- ✓ d'inciter les médecins traitants à proposer plus fréquemment ce dépistage aux patientes non ou sous dépistées,
- ✓ de lever certains des freins de non-participation au dépistage exprimés par les patientes comme : le manque d'information sur le cancer du col de l'utérus et son dépistage (78) (56), la gêne liée à la relation particulière existant entre elles et leur médecin traitant considérée souvent comme trop proche (57), ou le manque de confiance en lui pour assurer leur suivi gynécologique (66). Afin de les mettre en confiance, les femmes souhaiteraient en priorité que leurs médecins traitants améliorent leur communication sur leurs capacités à réaliser des FCU (66). Cette relation de confiance médecin/patiente apparaît comme primordiale pour l'accomplissement du FCU, quel que ce soit le préleveur (66).

La résultante logique serait une amélioration du taux de couverture des patientèles des médecins traitants. Cependant certains résultats de la littérature tendent à montrer qu'il n'existe pas de lien de cause à effet évident entre un dossier bien renseigné et une patiente à jour dans son dépistage. Dans une étude s'intéressant aux caractéristiques des patientes liées à la présence de la date du dernier FCU dans leurs dossiers médicaux, les patientes de plus de 50 ans avaient de moins bon taux de couverture alors que leurs dossiers contenaient davantage les dates de leur dernier FCU (48). Dans notre étude 14,4% des dossiers renseignés sur la date du dernier FCU n'étaient pas à jour avec un FCU datant de plus de 3 ans.

Ces résultats suggèrent deux pistes de réflexion:

- ✓ la remise en question de nos hypothèses sur les capacités qu'aurait un retour d'information systématique à susciter un dialogue autour du suivi gynécologique : bien qu'il apparaisse logique que les médecins s'appuient sur les données présentes dans leurs dossiers pour le suivi de leurs patients, nous n'avons pas retrouvé d'étude permettant de le confirmer. Il est probable que le facteur déterminant soit l'intérêt porté par les médecins traitants pour la médecine préventive et/ou pour la gynécologie, et il reste à savoir quelle influence peut avoir un retour d'information systématique sur celui-ci.
- ✓ la mise en évidence des limites du dialogue et de l'instauration d'une relation de confiance en tant qu'outils de persuasion : les études menées auprès des médecins généralistes et des femmes non dépistées mettent en avant la complexité et la variété des

différents obstacles auxquels est exposé le dépistage du cancer du col de l'utérus. Le dialogue ne permet pas toujours de résoudre une pudeur extrême, un refus catégorique d'un examen gynécologique, une angoisse des résultats ou des obstacles culturels (54) (78). L'augmentation de l'implication des médecins généralistes dans le dépistage du cancer du col ne suffira certainement pas à lui seul à améliorer le taux de couverture de dépistage au vu de certains déterminants de non réalisation du FCU évoquées par les femmes réfractaires. Une autre piste d'amélioration du dépistage pourrait être l'utilisation de l'auto prélèvement vaginal à domicile comme outil de dépistage chez les femmes réfractaires au dépistage. Actuellement à l'état expérimental en France (85), cet outil permet la recherche d'HPV par différentes modalités et a montré son efficacité dans des études récentes (86) (87) (88). L'auto prélèvement vaginal semble pas ailleurs bien accueilli par les médecins généralistes et les patientes et pourrait lever un certain nombre des freins sus cités (89). L'utilisation de ce système d'auto prélèvement pourrait être envisagée de différentes manières : il pourrait être proposé aux médecins généralistes qui ne réalisent pas de FCU et être proposé aux femmes qui échappent au dépistage. L'idée d'un dépistage organisé avec l'envoi de kits d'auto prélèvement aux patientes échappant au dépistage pourrait être développée.

Seules des études prospectives, de logistique lourde, s'inscrivant dans la durée, permettraient d'affirmer qu'un retour d'information systématique des FCU aiderait à modifier les pratiques des médecins traitants et permettrait une amélioration du taux de couverture de leurs patientèles. Nous pouvons tout de même penser qu'il constituerait une aide indispensable mais probablement insuffisante à l'engagement des médecins généralistes dans ce dépistage.

3. La mise en pratique de ce retour d'information systématique

3.1 Ce qui est fait actuellement

Actuellement en France, les procédures de retour d'information des comptes-rendus des FCU ne sont pas uniformes ni réglementées. Elles sont définies par des accords tacites passés entre les cabinets d'ACP et les préleveurs qui, pour certains, souhaitent être destinataires des deux exemplaires, alors que d'autres demandent qu'un double du compte-rendu soit envoyé systématiquement à la patiente, le plus souvent sous réserve de sa normalité.

Dans le cas où la patiente n'a pas été directement destinataire de son compte-rendu, il est prévu qu'un double lui soit remis par le préleveur, ce qui est loin d'être une pratique systématique. Aucune disposition officielle ne prévoit que les médecins traitants soient systématiquement destinataires des comptes-rendus des FCU de leurs patientes qu'ils n'ont pas prélevés.

3.2 Les différents scénarios possibles : atouts, limites et propositions

3.2.1 Un retour d'information centré sur le préleveur

Cette modalité de retour d'information a pour principaux atouts :

- d'apporter aux médecins généralistes traitants une information complète sur le suivi gynécologique des patientes,
- de favoriser et d'améliorer la communication entre les professionnels.

A l'origine de ce manque de communication, nous pouvons imaginer des contraintes de temps, une mauvaise connaissance des obligations conventionnelles ou la crainte de rompre la relation de confiance établie avec leurs patientes en transmettant aux médecins traitants des données jugées intimes.

En lien avec les délais des examens de dépistage, nous pourrions proposer aux préleveurs, qui sont actuellement majoritairement des gynécologues d'adresser aux médecins traitants un courrier de synthèse tous les 3 ans pour les femmes de moins de 50 ans, et tous les 2 ans chez les femmes de plus de 50 ans. Il est également du devoir des médecins généralistes traitants d'informer les gynécologues du suivi gynécologique qu'ils réalisent pour les patientes qu'ils suivent en commun.

3.2.2 Un retour d'information centré sur les cabinets d'ACP

C'est la modalité préconisée par la HAS : « La structure d'ACP transmet les résultats du test de dépistage au préleveur, au prescripteur, au médecin traitant » (24). Cette recommandation peut-elle réellement s'intégrer dans l'activité des cabinets d'ACP ?

En l'absence de réponse retrouvée dans la littérature, nous avons questionné les anatomopathologistes du département sur leur ressenti quand à ces recommandations. Ces questionnaires, qui n'étaient pas prévus initialement dans notre protocole, n'ont pas été exploités mais ils ont permis de dégager des pistes de réflexion (Annexe 14). Il semblerait que l'un des principaux freins à la mise en place d'un tel retour d'information systématique soit d'ordre financier. En effet, l'envoi des comptes-rendus des FCU se fait majoritairement par voie postale et un retour d'information systématique vers les médecins traitants générerait des surcoûts non négligeables que les cabinets d'ACP ne pourraient assumer sans qu'il ne soit demandé une contribution financière aux médecins ou aux patientes.

Seul le développement de l'e-santé avec la dématérialisation de l'information permettrait de rendre ce retour d'information efficient et peu onéreux. Étant donné l'état actuel du développement des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) et d'Internet, nous pouvons considérer que toutes les informations médicales peuvent aujourd'hui être dématérialisées et être échangées par le moyen de Messageries Sécurisées de Santé (MSS). Les MSS permettent aux médecins d'échanger directement, les informations dématérialisées et sécurisées nécessaires au quotidien de la prise en charge du patient. C'est

un outil d'échange qui permet une signature électronique, un chiffrement des messages garant de la confidentialité des données et une authentification. Les MSS peuvent être directement intégrées dans le logiciel métier du praticien. Cela permet l'émission d'emails ou l'intégration datée, automatique et directe des données médicales des emails (après une simple validation du praticien).

Les professionnels de santé disposent actuellement sur le marché de deux solutions principales :

- ✓ les outils de sécurisation des messageries (OSM) : nom dédié aux messageries sécurisées homologuées par le Groupement d'Intérêt Public « Carte de Professionnel de Santé » (GIP CPS) (90) (au nombre de 10 en 2009 (91)). Conforme à la législation française pour sécuriser, identifier et authentifier l'auteur du document (92), interopérables avec les autres OSM (90) ils sont potentiellement difficiles à installer, pas toujours intégrés aux logiciels métiers, expliquant qu'ils sont encore peu déployés sur le terrain (90).
- ✓ les solutions propriétaires : nom dédié aux messageries sécurisées qui n'utilisent ni le système CPS ni les certificats électroniques émis par l'autorité de certification mise en place par les pouvoirs publics pour le secteur de la santé (90). La MSS appartenant à cette catégorie, la plus utilisée à l'heure actuelle est Apicrypt (pour son installation facile, son intégration directe à plus d'une soixantaine de logiciels métiers (93))

Il existe également des serveurs sécurisés de type Bioserveur qui permettent aux médecins de récupérer des résultats d'examens qu'ils peuvent le plus souvent intégrer directement dans leur logiciel métier. Ces serveurs, utilisés majoritairement pour les examens de biologie mais aussi pour les retours des résultats de dépistage du cancer du colon en Isère, ne peuvent cependant pas être considérés comme des MSS au sens strict du terme.

Sur le terrain, du côté des cabinets d'ACP, une enquête menée en 2005 par l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes (URML-RA) a montré que près des deux tiers des structures d'ACP de Rhône-Alpes (62%) utilisaient la transmission électronique des comptes-rendus vers leurs correspondants sans que la fréquence de cette utilisation ne soit mentionnée (94).

En Isère, la majorité de cette transmission électronique des comptes-rendus se fait sous le format HPRIM Net (Harmonie et PRomotion de l'Informatique Médicale)¹⁴. Pour sécuriser ces envois, les cabinets d'ACP et les médecins correspondants doivent échanger des certificats qui sont délivrés soit par l'ASIP pour les OSM, soit par des autorités de certification de type Certinomis pour les praticiens ne possédant pas d'OSM. Les certificats des médecins correspondants doivent être paramétrés dans les logiciels des cabinets d'ACP afin que les envois se fassent automatiquement. Concernant Apicrypt et le Bioserveur, aucun

¹⁴ HPRIM-Net : cette recommandation permet l'échange de tous les types de fichiers H.PR.I.M par messagerie sécurisée. H.PR.I.M est une norme de transmission des examens biologiques.

cabinet d'ACP isérois ne les utilise, principalement pour des raisons financières, surtout en ce qui concerne le Bioserveur.

Un cabinet d'ACP isérois propose aux médecins qui n'ont pas d'OSM ou qui n'ont pas fait appel à une autorité de certification pour sécuriser leur adresse mail, de leur envoyer les comptes-rendus des examens sous format PDF (Portable Document Format) par mail. L'ouverture de ces fichiers est sécurisée par la saisie d'un mot de passe personnel attribué à chaque médecin par le cabinet d'ACP.

Dans la majorité des cas, l'envoi électronique du compte-rendu ne dispense pas encore de l'envoi papier. Ce dernier pourtant ne répond pas à une obligation médico-légale dans la mesure où contrairement au fax, « l'écrit sur support électronique a la même force probante que l'écrit sur support papier » (93) . C'est notamment la signature électronique qui donne cette valeur juridique à la dématérialisation des données.

Du côté des médecins généralistes, une étude a montré qu'en 2008, seuls 20% des médecins généralistes utilisaient une MSS et que 29% à 50% d'entre eux échangeaient des informations via Internet au moyen de messageries non sécurisées (96) (97). La France n'atteint que le 11^{ème} rang européen concernant l'utilisation des NTIC parmi les médecins généralistes (98). Actuellement, le flux le plus important de données médicales dématérialisées concerne l'émission de résultats d'analyse biologique vers les médecins généralistes et spécialistes.

Les principaux facteurs limitant le développement des MSS auprès des professionnels de santé sont (96) :

- ✓ la méconnaissance des médecins des avantages liés à leurs utilisations ;
- ✓ le faible nombre de MSS compatibles avec Macintosh alors que son utilisation est de plus en plus fréquente ;
- ✓ le prix annuel élevé de certaines solutions de MSS ;
- ✓ les contraintes techniques. La majorité d'entre-elles ne permette pas aux médecins de les installer seuls ;
- ✓ le manque d'ergonomie de certaines MSS, qui ne sont pas toutes intégrées aux logiciels métiers ;
- ✓ le trop large choix des solutions de MSS, parmi lesquelles, les professionnels de santé ne se repèrent plus, n'étant pas des spécialistes des systèmes informatisés. En effet, il n'existe pas de consensus officiel quant à la manière de choisir la meilleure MSS ;
- ✓ les limites environnementales car peu de correspondants confrères et laboratoires utilisent ces technologies ;
- ✓ les problèmes d'interopérabilité entre les différentes MSS.

Les principales limites aux échanges électroniques sécurisés résident donc dans la complexité des dispositifs et le manque d'interopérabilité entre-eux alors que le premier souhait des

professionnels de santé est de pouvoir échanger de façon dématérialisée mais de façon simple. Les enjeux majeurs de la messagerie sécurisée sont l'interopérabilité des services de messagerie et leur intégration dans les logiciels « métier », afin que leur utilisation soit « transparente » pour les utilisateurs.

Afin de développer l'utilisation de ces MSS il faudrait :

- ✓ Former les médecins présents et futurs aux NTIC intégrées dans leur activité de soins. L'usage de ces NTIC nécessite du temps pour leur apprentissage. Toutefois, ce temps d'apprentissage n'est ni offert, ni valorisé, ni obligatoire pour les médecins. Plus qu'une présentation théorique, ce sont les démonstrations pratiques qui pourraient convaincre les médecins généralistes. La formation initiale informatique est très incomplète dans les facultés de médecine françaises et n'est pas fonctionnelle. Il n'est aucunement question d'un apprentissage des logiciels métiers, ni de l'usage des NTIC dans le quotidien d'un médecin généraliste.
- ✓ Apporter aux médecins une aide financière et humaine à leur installation et à leur utilisation. C'est ce qui a été recommandé par le président de l'ASIP dans une table ronde du Medec¹⁵ 2010 (99) : « Tous les acteurs de santé ont le devoir d'accompagner les professionnels de santé, de les aider à se former et à disposer d'outils adaptés à leur travail. Nous ne pourrons pas parler de service au patient tant que les professionnels ne se seront pas appropriés, pour le bénéfice du patient, ces outils de partage et d'échange des données de santé ». Seuls des moyens humains « organisés » pour l'apprentissage des NTIC, notamment de la MSS, permettraient de changer les comportements des professionnels de manière durable. L'intégration des NTIC aux logiciels métiers a un coût qui actuellement est facturé par les éditeurs aux médecins via des augmentations de tarifs de leurs cotisations. Une aide financière permettrait ainsi de compenser ces hausses de tarif.
- ✓ Uniformiser les outils pour répondre aux problèmes d'interopérabilité, voir créer un outil unique. Il a été retenu un système fondé sur la libre concurrence des marchés pour le choix d'utilisation de solutions de MSS par les professionnels de santé. Ce modèle en usage depuis 10 ans ne semble pas apporter de résultats satisfaisants. Nombreux sont les médecins qui aimeraient qu'une autorité de tutelle choisisse pour eux la meilleure solution de MSS (96). Il semble que cette attente va pouvoir trouver satisfaction puisque l'ASIP santé prévoit de lancer début 2013 une « Messagerie Sécurisée de Santé Unifiée » (MSSU) pour tous les professionnels de santé (100). Celle-ci s'appuiera sur les principes du cadre national d'interopérabilité des systèmes d'information de santé, rendant ainsi compatibles le Dossier Médical Personnel (DMP) et cette nouvelle messagerie (100). Fruit d'une étroite concertation avec les Ordres professionnels et l'ensemble des acteurs concernés, cette messagerie devrait répondre aux besoins exprimés par les professionnels

¹⁵ Salon de la Médecine qui réalise la symbiose entre les sciences médicales et la communication.

de santé de disposer d'un outil sécurisé et universel d'échange de données de santé, capable de s'intégrer facilement à leurs pratiques professionnelles (100).

- ✓ Créer un annuaire centralisant les adresses des MSS de tous les professionnels de santé ce qui favoriserait grandement les échanges numériques. Pour que cet annuaire soit efficace, il faut que les adresses électroniques des professionnels de santé soient stables et utilisées durablement. Le concept d'une messagerie sécurisée unique faciliterait grandement l'établissement de ces annuaires. Celui-ci pourrait être une annexe du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) : nouveau fichier de référence des professionnels de santé commun aux organismes du secteur sanitaire et social français élaboré par l'État en collaboration avec les Ordres et l'Assurance Maladie (101) dont l'accès est pour l'instant restreint aux organismes participants à sa mise en place et à son alimentation. Il répertorie l'ensemble des données d'identification, de diplômes, d'activité, de mode et de structure d'exercice de tout professionnel de santé. Le RPPS concerne pour l'instant les médecins, les sages-femmes, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens mais il est prévu qu'il soit étendu à l'ensemble des professionnels de santé dans une seconde phase.

Ainsi, l'efficacité d'un retour d'information systématique centré sur les cabinets d'ACP semble être l'un des garants principaux à sa mise en place. Cependant, celle-ci ne pourra être effective que si les préleveurs peuvent renseigner le nom du médecin traitant sur la fiche d'information accompagnant les FCU. En Isère, deux modèles de ces fiches offrent cette possibilité : celle de l'ODLC depuis 2009 (Annexe 15) et celle du cabinet d'ACP de Voiron. Devant l'absence d'étude, il n'est pas possible, à ce jour, d'apporter des données précises sur le taux de fiches renseignées par les préleveurs. Cependant, aux dires des différents cabinets d'ACP interrogés, celui-ci semble plutôt faible. Une action de communication et d'explication destinée aux préleveurs s'avérerait donc indispensable pour obtenir leur adhésion à ce projet d'un retour d'information systématique des comptes-rendus des FCU auprès des médecins traitants.

3.2.3 Un retour d'information centré sur les patientes

C'est actuellement le mode de retour d'information le plus utilisé. Il a pour principal intérêt d'impliquer d'avantage les patientes dans leur dépistage en les plaçant au centre de la coordination de leur santé. Cependant, ce mode de retour d'information centré sur l'interrogatoire des patientes souffre d'un manque de fiabilité et de précision (Figure 12, page 44). Seule l'obtention des comptes-rendus des FCU permettrait d'assurer la validité des données présentes dans les dossiers, ce qui est compliqué dans la pratique quotidienne. Afin de développer cette pratique, il serait souhaitable :

- ✓ que les médecins arrivent à intégrer systématiquement cet interrogatoire dans leurs pratiques, un peu comme un conseil minimal en matière de frottis ;

- ✓ que les professionnels de santé éduquent davantage leurs patients à se responsabiliser dans le cadre de leur suivi médical. Il est de leur devoir de remettre à leurs patients les documents principaux de leurs dossiers médicaux (compte-rendu d'examens, courriers..) en y apportant les informations et commentaires nécessaires afin qu'ils soient bien compris des patients. Cela est fondamental pour permettre au patient de s'impliquer activement dans leur suivi médical.
- ✓ de développer les dispositifs de coopération interprofessionnelle comme l'expérience de l'association ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe) pour faciliter certaines tâches des médecins généralistes comme celle de la mise à jour des dossiers médicaux dans le cadre des dépistages. Cette expérimentation, développée initialement par l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) de Poitou Charente en 2004 (100), vise à mettre à disposition des médecins généralistes volontaires un(e) infirmier(e) de Santé Publique qui a plusieurs champs d'action dans le domaine du dépistage, de la prévention et du suivi de pathologies chroniques. Salarié(e) de l'association, l'infirmier(e) assure ainsi le suivi des dossiers informatisés des patients (mise à jour, rappel d'examens, etc.) et des consultations d'éducation thérapeutique (individuelles ou collectives). Ce dispositif améliore le suivi du patient, fait gagner du temps aux médecins, tout en améliorant leur rôle majeur de coordination. Cette expérimentation s'étend progressivement à d'autres régions et depuis 2010 l'expérimentation a débuté en Rhône-Alpes financée principalement par l'Agence Régionale de Santé (ARS) (101). En ce qui concerne le dépistage du cancer du col de l'utérus, ces infirmières vérifient que les dossiers médicaux comportent le résultat du dernier FCU et, lorsque ce n'est pas le cas, elles tentent de le récupérer auprès des patientes, des cabinets d'ACP, ou des gynécologues et créent des alertes. Aucune publication relative aux effets de cette expérimentation sur le dépistage du cancer cervical n'a été effectuée pour le moment. D'après des interviews de ces infirmiers(ère)s (42), il en ressortirait qu'outre l'amélioration du contenu des dossiers, elles avaient également noté une augmentation du nombre de frottis réalisés par les médecins généralistes. Ainsi, lorsqu'ils disposeraient de l'information relative aux frottis, les médecins généralistes réinvestiraient le champ du dépistage du cancer du col de l'utérus. A confirmer par des études.

3.2.4 Un retour d'information centré sur le dossier médical personnel

Prévu initialement par les articles 3 et 5 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (104), le Dossier Médical Personnel (DMP) a été mis à disposition des usagers en janvier 2011 par le ministère de la santé sur le site DMP.gouv.fr. Il a pour principal objectif d'améliorer la coordination de soins des patients en permettant à chaque Français de disposer d'un dossier médical dématérialisé qui a vocation de suivre le patient tout au long de son parcours de soins, en ville comme à l'hôpital, dans le respect des règles du secret médical. Chaque assuré peut ouvrir un DMP, sans que ça ne soit obligatoire. En pratique, chaque DMP

est créé via la CPS d'un médecin à la demande du patient lors d'une consultation médicale ou lors d'une admission dans une structure de soin. Il revient à chaque professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice, de reporter dans le dossier médical personnel à l'occasion de chaque acte, consultation ou séjour, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins du patient pris en charge. Ainsi le DMP relève d'un projet ambitieux dont les missions sont de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins ; d'améliorer la communication des informations de santé, tout en respectant les droits du patient ; et in fine, d'accroître l'efficacité de notre système de santé et, par ce biais, réaliser des économies.

Le DMP est accessible depuis le portail Web www.dmp.gouv.fr par les patients, qui peuvent y consulter leurs données de santé entrées par les professionnels du secteur (médecins, hôpitaux, radiologies, etc...). Au 15/12/2012, 254552 DMP avaient été créés en France, dont 65% l'ont été en établissement de soins. Selon l'ASIP, il faudra plus d'une dizaine d'années pour permettre à l'ensemble des Français d'avoir accès à ce système. Dans le cadre de la problématique de notre travail, les médecins traitants pourraient consulter les comptes-rendus des FCU de leurs patientes sur leur DMP, à condition que les cabinets d'ACP les alimentent. Actuellement, en Isère aucun cabinet d'ACP n'alimente le DMP.

Bien que les intérêts du DMP soient nombreux, il n'a pas encore convaincu les professionnels de santé. Parmi les principaux obstacles qui ressortent de leurs interviews, nous retrouvons :

- ✓ la contrainte temps, liée à l'ouverture et à l'enrichissement d'un DMP, en moyenne 10 à 15 minutes. En théorie, en plus de créer le DMP, le médecin doit expliquer au patient la législation propre au DMP, recueillir son consentement éclairé verbalement, car il n'existe aucun moyen pour lui de parapher sa création,
- ✓ l'absence de rémunération dans le libéral pour l'ouverture d'un DMP,
- ✓ les temps d'accès qui sont beaucoup trop longs et incompatibles avec les contraintes concrètes des consultations,
- ✓ le manque actuel d'ergonomie de l'outil, surtout quand le professionnel ne dispose pas de logiciel métier « compatible DMP »,
- ✓ l'absence de formation officielle et gratuite (et indemnisée pour perte de ressources) pour que les professionnels de santé apprivoisent et maîtrisent cet outil.

Afin d'aider les professionnels de santé à s'approprier cet outil, l'ASIP Santé a publié le 1^{er} août 2012 le cahier des charges de l'appel à projet « *inscription du DMP dans la formation médicale continue* ». Ce programme a pour vocation de permettre l'inscription du DMP dans les orientations nationales 2013 du développement professionnel continu (DPC) et s'adresse aux organismes nationaux de formation, agréés par l'Organisme Gestionnaire Conventionnel

de la formation continue (OGC FCP). Il complète les démarches engagées dans les autres programmes en cours : « *DMP en établissement de santé* » et « *DMP en région* » sur l'ensemble du territoire. L'objectif est de disposer, dès la fin 2012, d'un socle solide d'offres de parcours de formation sur le thème non seulement du DMP mais aussi de la coordination des soins.

Dans le futur, nous pouvons espérer que grâce au DMP les problématiques de coordination de soins comme celles qui ont inspiré ce travail ne soient plus que de lointains souvenirs. Pour que ce projet réponde à ces objectifs, une utilisation à grande échelle du DMP, par les patients et par l'ensemble des professionnels de santé est indispensable. Cependant, au vu des contraintes techniques, d'ergonomie et d'inscription « naturelle » dans le temps de la consultation, il faut s'attendre à ce que le déploiement du DMP et son utilisation au quotidien à grande échelle prenne du temps.

D PERSPECTIVES ET PISTES DE RECHERCHE

1 Quels sont les freins à l'organisation de ce retour d'information systématique

Alors que nous disposons des moyens techniques pour mettre en place de façon efficiente un retour d'information systématique des comptes-rendus des FCU auprès des médecins traitants, celui-ci reste anecdotique bien qu'il soit à la fois recommandé par la HAS et souhaité par les généralistes. Quels sont les freins des principaux protagonistes de ce dépistage quant à l'organisation de ce retour d'information systématique ? Une étude qualitative par entretiens semi dirigés ou par focus groupe pourrait tenter d'y répondre.

2 Un impact positif du dépistage organisé sur l'implication des médecins généralistes dans celui-ci ? une piste de recherche à approfondir

Cette question, dans la littérature comme dans notre travail, a toujours été abordée sur un mode déclaratif dont la validité scientifique reste faible. Il serait intéressant d'évaluer cet impact sur des critères objectifs tels que le taux de couverture des patientèles ou le taux de FCU prélevés ou prescrit par les médecins généralistes. Nous n'avons retrouvé aucune étude semblable dans la littérature. Pour cela il conviendrait de faire :

- ✓ soit une étude longitudinale comparant l'évolution des ces deux facteurs au sein d'un même échantillon de médecins généralistes, avant et après sa mise en place ;
- ✓ soit une étude transversale comparant ces deux facteurs à un instant donné entre des échantillons de médecins exerçant dans des départements bénéficiant d'un dépistage organisé et des échantillons de médecins exerçant dans des départements n'en bénéficiant pas. Comme la souligné la HAS (14), ce type d'étude nécessite d'ajuster les résultats sur la démographie des gynécologues et sur le taux de la population relevant de la Couverture médicale universelle (CMU) dans les différents départements étudiés.

Comme nous l'avons déjà expliqué, jusqu'à ce jour il était laborieux de mettre en place des études semblables du fait des difficultés d'évaluer avec précision le nombre de FCU fait par les médecins généralistes. Nous pouvons espérer que la cotation de l'acte (JKHD001/2) par le préleveur rendue possible depuis le mois de mars 2012 et que l'intégration du dépistage du cancer du col de l'utérus dans les critères du paiement à la performance (P4P), faciliteront dans sa logistique ce type d'étude.

Thèse soutenue par : Andréa LOB

Titre : Evaluation du retour d'information des résultats des frottis cervicaux utérins de dépistage auprès des médecins traitants isérois Enquête de prévalence descriptive dans un département pilote en matière de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.

CONCLUSION

Si le cancer du col de l'utérus n'est pas, au regard de son incidence et de sa mortalité, un problème majeur de santé publique dans les pays développés, lorsqu'il est optimal, son dépistage permet de réduire la morbidité et les coûts qu'il engendre. Cependant, en France, avec les importantes inégalités des taux de couvertures retrouvées au sein de la population cible, ce dépistage est encore loin d'être optimal. Le taux de couverture national est estimé à 58% alors que le nombre de FCU réalisés par an pourrait couvrir l'ensemble de la population cible, si les recommandations étaient respectées, limitant ainsi le sous et le sur dépistage. Ce n'est pas dans la multiplication du nombre de FCU prélevés qu'il faut rechercher des solutions pour augmenter le taux de couverture de ce dépistage, mais plutôt dans l'amélioration de son organisation et de sa coordination. Dans les textes de lois, dans les recommandations de la HAS, dans le dernier Plan Cancer ou dans leurs motivations, les médecins généralistes traitants sont placés au premier rang de cette coordination. Cependant, comme le confirment les résultats de notre étude, il est difficile pour les médecins traitants d'assurer une coordination de qualité par défaut de retour d'information des résultats des FCU de leurs patientes dont ils n'ont été ni préleveur ni prescripteur. Notre étude a montré que ce retour d'information auprès du médecin traitant permettait un renseignement de qualité des dossiers médicaux. L'interrogatoire des patientes, actuellement principale source d'information des médecins, manque à la fois de fiabilité et de précision expliquant des taux de dossiers complets ne dépassant pas les 5% dans notre étude.

La mise en place de ce retour d'information systématique, comme le recommande la HAS, semblerait répondre à une véritable attente des médecins généralistes. Concernant son organisation, 77% des médecins participants confieraient sa gestion aux cabinets d'anatomocytologie, comme préconisé par la HAS. Pour être viable, cette organisation doit garantir une efficacité maximale en limitant les surcoûts qui seraient engendrés pour ces cabinets.

Une solution serait la dématérialisation de l'information en assurant sa sécurité et sa fiabilité, mais dont l'utilisation reste encore à développer par chacun des protagonistes.

Dans cette optique il reviendrait :

- ✓ aux médecins généralistes d'améliorer au quotidien l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication,
- ✓ aux anatomopathologistes :

- de modifier les feuilles de renseignements pour permettre aux préleveurs d'y inscrire le nom des médecins traitants,
- de paramétrer leurs logiciels pour permettre les envois électroniques des comptes-rendu des FCU aux médecins traitants,
- ✓ aux préleveurs d'accepter et de prendre le temps de remplir les feuilles de renseignements sous réserve de l'accord des patientes.

Cela ne pourra être effectif que si l'Etat s'engage, via l'ASIP, à soutenir de façon volontariste la conduite du changement afin d'accélérer la mutation vers une informatique de santé communicante, condition au développement de pratiques coopératives. Il faut simplifier et uniformiser les outils utilisés, apporter une aide financière et logistique aux professionnels de santé et assurer leur formation à l'usage de ces outils.

Dans son principe, le dossier médical partagé répond à l'ensemble de ces problématiques. Malheureusement, dans la pratique, du fait de contraintes techniques et d'une utilisation jugée chronophage par de nombreux médecins, il semble ne pas pouvoir y répondre dans un futur proche.

Outre sa mission de coordinateur, le médecin généraliste apparaît comme un acteur important dans la réalisation des FCU, plus fréquente, comme le souligne notre étude, chez les médecins femmes et chez les médecins hommes exerçant en groupe.

Pour 65% des médecins participant, la présence d'un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en Isère jouerait un rôle favorable dans leur implication dans ce dépistage. Les taux respectifs de FCU prélevés par les médecins généralistes et de dossiers renseignés par l'interrogatoire des patientes étaient plus élevés dans notre étude que dans les études menées dans des départements ne bénéficiant pas d'un dépistage organisé. Mais les biais de sélection importants de notre travail ne nous permettent pas de conclure concernant l'impact de la présence d'un dépistage organisé sur l'implication des médecins généralistes dans ce dépistage. Cette piste de recherche reste à approfondir.

A l'issue de notre étude, il reste :

- à comprendre, au moyen d'études qualitatives, quels sont les principaux freins des protagonistes de ce dépistage à l'organisation de ce retour d'information systématique,
 - à évaluer si un retour d'information systématique des comptes-rendus des FCU auprès des médecins traitants peut réellement permettre l'amélioration du taux de couverture.
- L'implication des médecins généralistes dans le dépistage du cancer du col de l'utérus sous tend un ensemble de problématiques assez complexes, en lien principalement avec les questions socioculturelles d'atteinte de l'intimité, et pour lesquelles la solution ne réside pas uniquement dans l'amélioration de la coordination mais aussi dans le développement de nouveaux outils de dépistage comme l'auto prélèvement vaginal dont les modalités restent à définir.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble le 4/3/2013

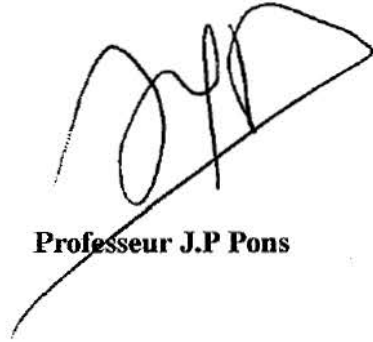
LE DOYEN



Professeur J.P Romanet



LE PRESIDENT DE LA THESE



Professeur J.P Pons

BIBLIOGRAPHIE

Les sites mentionnés ont tous été visités le 01/03/2013

1. Institut de veille sanitaire, Duport N. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus. État des connaissances-Actualisation 2008. [En ligne] : http://www.invs.sante.fr/publications/2008/cancer_col_uterus_2008/cancer_col_uterus_2008.pdf
2. Institut de veille sanitaire, Duport N. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus. État des connaissances. Saint- Maurice: InVS; 2007. [En ligne] : http://www.invs.sante.fr/publications/2006/cancer_col_uterus_connaissances/cancer_col_uterus%20connaissances.pdf
3. Cancers: pronostics à long terme - Rapports publics - La documentation Française. [En ligne] : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000343/index.shtml>
4. La situation du cancer en France en 2012. Collection Rapports & synthèses, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, octobre 2012.
5. Conférence de consensus sur le dépistage du cancer du col utérin / XXVIIIème Congrès de la Fédération des gynécologues et obstétriciens de langue française. Lille; 5-7 septembre. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 1990;19:1-16.
6. Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (Andem). Pratique des frottis cervicaux pour le dépistage du cancer du col. In: Andem, Recommandations et références médicales (vol. 2), 1995: p. 9-24.
7. Recommandations Européennes concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus dans l'Union Européenne élaborées par le comité consultatif pour la prévention du cancer après la conférence sur le dépistage et la détection précoce du cancer, à Vienne, 18-19 novembre 1999. [En ligne] : http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/genetics/cancer_screening_fr.pdf
8. Arbyn M, Van Oyen H, Lynge E, Micksche M, Faivre J, Jordan J. European Commission's proposal for a council recommendation on cancer screening. *BMJ*. 2 août 2003;327(7409):289-290.
9. Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N, Wiener H, Herbert A, von Karsa L. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second edition-summary document. *Ann Oncol*. 2010 Mar;21(3):448-58. [En ligne] : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2826099/pdf/mdp471.pdf>
10. De Kok IM, Van Rosmalen J, Dillner J, Arbyn M, Sasieni P, Iftner T, et al. Primary screening for human papillomavirus compared with cytology screening for cervical cancer in European settings: cost effectiveness analysis based on a Dutch microsimulation model. *BMJ*. 2012;344:e670. [En ligne] : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3293782/pdf/bmj.e670.pdf>
11. Lavoué V, Bergeron C, Riethmuller D, Daraï E, Mergui J-L, Baldauf J-J, et al. [Cervical screening: toward a new paradigm?] *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. avr 2010;39(2):102-115.
12. Arbyn M, Cuzick J. International agreement to join forces in synthesizing evidence on new methods for cervical cancer prevention. *Cancer Lett*. 8 juin 2009;278(1):1-2.
13. CIRC/IARC (International Agency for Research on Cancer). Cervix cancer screening). IARC handbooks of cancer prevention. Vol 10. Lyon: IARC Press; 2005. [En ligne] : <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook10/handbook10-cover.pdf>

14. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France, Argumentaire, Haute Autorité de Santé, Juillet 2010.
[En ligne] : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/argumentaire_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
15. Beck F, Gautier A. (sous la dir.) / Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé / Baromètre cancer 2010.
[En ligne] : <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BaroCancer2010/pdf/depistages-cancers.pdf>
16. Objectif 48 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique parue au J.O le 11/08/2004. [En ligne] : http://www.inpes.sante.fr/inpes/pdf/loi_2004_08_09.pdf
17. Duport N, Serra D, Goulard H, Bloch J. [Which factors influence screening practices for female cancer in France?]. Rev Epidemiol Sante Publique. oct 2008;56(5):303-313.
18. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Ministère de la santé et des sports. Plan cancer 2009-2013.
[En ligne] : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_cancer_2009-2013.pdf
19. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique. Prévention du cancer du col de l'utérus. Décembre 2007. [En ligne] : http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/rpc_prev-K-col2007.pdf
20. World Health Organization. National Cancer Control Programmes, Policies and Managerial Guidelines. Geneva: WHO; 2002.
21. Recommandation du Conseil du 2 décembre 2003 relative au dépistage du cancer. Journal Officiel Union européenne;16 décembre 2003. [En ligne] :
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:327:0034:0038:FR:PDF>
22. Von Karsa L, Anttila A, Ronco G, et al. Cancer screening in the European Union. Report on the implementation of the Council. Recommendation on cancer screening, First report. Luxembourg : European communities. 2008;1-136.
[En ligne] : http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/genetics/documents/cancer_screening.pdf
23. Note de cadrage «Stratégies de dépistage du cancer du col de l'utérus en France en 2009» HAS / Service évaluation économique et Santé Publique / Avril 2009.
[En ligne] : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-05/note_de_cadrage_depistage_cancer_col_uterus_note_cadrage.pdf
24. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France, Synthèse des recommandations, Haute Autorité de Santé, Juillet 2010.
[En ligne] : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
25. Groupe Technique National / Cahier des charges du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus; décembre 2006. [En ligne] : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/cctp.pdf>
26. Fromont E. Prévalence des femmes non dépistées pour le cancer du col de l'utérus consultant en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais, Thèse d'exercice de médecine générale; Lille; 2012. [En ligne] : <http://www.sudoc.fr/16240123X>
27. L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2011. [En ligne] : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_sante-population_2011.pdf
28. Legman M. Conseil National de l'Ordre des medecins. Atlas de la démographie médicale en France, situation au premier janvier 2011.
29. Compte-rendu de l'Audition des Gynécologues médicaux du 2 février 2011.
[En ligne] : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte-rendu_de_l_audition_des_Gynecologues_medicaux.pdf
30. Eco-Santé Régions & Départements 2012 Version mai 2012. [En ligne] : <http://www.ecosante.fr/>

31. Institut National du cancer. Médecins généralistes et dépistage des cancers, collection Enquêtes et sondages, juin 2011. [En ligne sur] : <http://www.e-cancer.fr/>
32. Code de santé publique; article L4130-1. [En ligne] : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=C915FD85B34769141EF5001AF1864494.tpdjo11v_3?idArticle=LEGIARTI000020890163&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20130101
33. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires / Publiée au Journal Officiel de la République Française n° 0167 du 22 juillet 2009; article 36; texte n°1. [En ligne] : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&fastPos=7&astReqId=1012363200&categorieLien=id&oldAction=rechTexte#JORFARTI000020879483>
34. ORS PACA. Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention et opinions sur les réformes du système de santé: les enseignements du panel de médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Regard Santé. 2006;(16):1-6.
35. Lustman M, Vega A, Le Noc Y, Vallée JP, SFDRMG. Cancer du col de l'utérus. Regards croisés sur le dépistage Première partie: quels sont les problèmes? Médecine. mars 2009;Volume 5(Numéro 3):137-41.
36. Fainzang F. Les relations médecins-malades: information et mensonge. Paris: PUF. 2006.
37. Sarradon-Eck A, Vega A, Faure M, Humbert-Gaudart A, Lustman M. Étude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels. Rapport de recherche; 2002.
38. Lustman M, Vega A. Les logiques des réseaux informels en médecine générale: la nécessaire personnalisation des métiers du soin. Sociologie Santé. 2007;(27).
39. Article L4151-1 Modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 86 (V). [En ligne] : http://legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=245CFEEA39916069AFE6F06A8F7EB5C.tpdjo05v_1?idArticle=LEGIARTI000020881162&cidTexte=LEGITEXT000020881046&dateTexte=20130123
40. Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. 35 févr 11, 2005 page 2275. [En ligne] : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000805768&dateTexte=#JORFARTI000002062498>
41. Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialiste. sept 26, 2011. [En ligne] : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000024804134&dateTexte=20120319#LEGIARTI000024804160>
42. Ruelle Y (1980-....), Gérard M-F, Université Henri Poincaré-Nancy 1. Le médecin généraliste et la coordination du dépistage du cancer du col de l'utérus: Etude du contenu des dossiers médicaux de 32 médecins généralistes lorrains. Thèse d'exercice de médecine générale; Nancy; 2009. [En ligne] : <http://www.sudoc.fr/137828063>
43. Denis B, Schon G, Ruetsch M. & al. Dépistage des cancers: auto-évaluation des dossiers médicaux de 37 médecins généralistes. Presse médicale. févr 2007;36(2):217-23.
44. Exbrayat C, Garnier A, Bolla M, Winckel P, Salicru B, Marron J, et al. [Simultaneous screening of cancers of the breast, cervix, colon and rectum. The Isère experience]. Bull Cancer. août 1996;83(8):641-648.
45. Bouyer J, Hémon D, Cordier S, Derriennic F, Stücker I, Stengel B, Clavel J. Epidémiologie. Principes et méthodes quantitatives. Lavoisier. 2009.

46. Institut National de la Statistique et des Études Économiques /Estimation de la population au 1er janvier par région (1990-2011), département (1990-2010), sexe et âge (quinquennal, classes d'âge) [En ligne] : http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=estim-pop®_id=99.search.babylon.com/?opublisher=OPENCANDY&odpid=OPENCANDYAPRIL&co=FR&userid=6&affID=110774&babsrc=lnkry
47. Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés Version consolidée au 27 août 2011. [En ligne] : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000886460>
48. Brami J, Catu A, Delesalle L, Falcoff H, Favre M, Ghasarossian C, Gilberg S, Jaury P, Lorenzo A, Noël F, Partouche H, Pinot JM, Rigal L, Van Es P. Rapport final de recherche Mobiliser les médecins traitants franciliens pour réduire les inégalités de prévention et de dépistage. 14 juin 2010.
49. Difficultés de recrutement de médecins investigateurs en soins primaires: exemple de l'étude ETIC. Thèse d'exercice de médecine générale; Clermont Ferrand ; 2011. [En ligne] : <http://www.sudoc.fr/157408531>
50. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Instruction DGOS/RH1 no 2011-101 du 17 mars 2011 relative à l'augmentation du nombre de maîtres de stage en médecine générale. [En ligne] : http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-04/ste_20110004_0100_0039.pdf
51. Société Française de Médecine Générale. Carte de France des Groupes de Pairs 2012. SFMG. [En ligne] : http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_home/132/fichier_carte_france_gdp_2012bf900.pdf
52. Supper I, Ecochard R, Bois C, Paumier F, Bez N, Letrilliart L. How do French GPs consider participating in primary care research: the DRIM study. Fam Pract. avr 2011;28(2):226-232.
53. Gouvenot-Hartmann C. Campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus dans le Haut Rhin: participation des médecins généralistes et qualité des frottis. Thèse d'exercice de médecine générale; Strasbourg; 2009. [En ligne] : <http://www.sudoc.fr/13410403X>
54. Squimbre C. Obstacles à la réalisation du frottis cervico-utérin en médecine générale: étude qualitative par analyse prédictive chez les femmes non dépistées consultant en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais. Thèse d'exercice de médecine générale; Lille; 2012. [En ligne] : <http://www.sudoc.fr/162402317>
55. Claudon C. États des lieux de la pratique du frottis cervico-vaginal par les médecins généralistes de Montpellier. Thèse d'exercice de médecine générale; Montpellier; 2007. [En ligne] : <http://www.sudoc.fr/121446875>
56. Gambiez-Joumard A. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin. Thèse d'exercice de médecine générale; Saint-Etienne; 2010. [En ligne] : <http://www.sudoc.fr/148716555>
57. Calgari E. La prise en charge du frottis par le médecin généraliste: étude qualitative par focus group sur le ressenti des patientes bas-rhinoises. Thèse d'exercice de médecine générale; Strasbourg; 2012. [En ligne] : <http://www.sudoc.fr/162346778>
58. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes, Mission Evaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé, Collège National des Généralistes Enseignants, Juin 2009.
59. Enquête «Mon médecin généraliste et le dépistage des cancers» réalisée par téléphone pour la ligue par LH2 selon la méthode des quotas les 26 et 27 août 2011 et les 2 et 3 septembre 2011.
60. Ora M. Orientation (médecin généraliste versus gynécologue) et motivations des femmes pour leurs prises en charge gynécologique de première intention. Thèse d'exercice de médecine générale; Paris; 2007. [En ligne] : <http://www.sudoc.fr/122028139>

61. Enquête barométrique INCa/BVA «Les Français face au dépistage des cancers» point synthèse des résultats de la 2e vague de l'enquête barométrique janvier/février 2009.
[En ligne sur] : <http://www.e-cancer.fr/>
62. Howard M, Agarwal G, Lytwyn A. Accuracy of self-reports of Pap and mammography screening compared to medical record: a meta-analysis. *Cancer Causes Control*. févr 2009;20(1):1-13.
63. Kelman HC. Compliance, identification, and internalization three processes of attitude change. *Journal of Conflict Resolution*. 1 mars 1958;2(1):51-60.
64. Pratiques du frottis en médecine générale: enquête auprès des médecins généralistes de 3 territoires isérois (juin 2011). La lettre d'information de l'Office de lutte contre le cancer, janvier 2013, n°26.
65. Communiqué De Presse Du Conseil Scientifique Du Collège National Des Généralistes Enseignants Vincennes, 10 mai 2012 Cancer du col: priorité au dépistage organisé !
66. Marie M-C. Place du médecin généraliste dans le dépistage du cancer du col : un exemple de son rôle comme acteur de santé publique: essai d'amélioration collective des pratiques de dépistage du cancer du col au sein d'un groupe de 14 médecins généralistes. Thèse d'exercice de médecine générale; Caen; 2000. [En ligne] : <http://www.sudoc.fr/053733800>
67. Ferley JP, Garnier A, Exbrayat C et al. Evaluation de la campagne départementale de dépistage des trois cancers féminins en Isère. Enquête auprès des médecins traitants et des femmes invitées au dépistage. *Careps*. Juin 1996.
68. Qualiso J. Cogneau. Rapport final EPILULE. 2004.
69. Weber A, Lemery B, Millot I. Observatoire régionale de la santé de Bourgogne, DRASS de Bourgogne: Prévention des cancers gynécologiques: Points de vue des médecins sur les modalités de dépistage en Bourgogne. Dijon:ORS Bourgogne. Septembre 2004.51p.
70. Ganry O, Boche T. [Prevention practices and cancer screening among general practitioners in Picardy (France)]. *Bull Cancer*. oct 2004;91(10):785-791.
71. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. [The gynaecological work by GPs in Brittany]. *Sante Publique*. mars 2005;17(1):109-119.
72. Mourouga P, Mahe C. Dépistage des lésions cervicales: améliorer la situation en France. *La Revue du praticien. Gynécologie et obstétrique*. 2007;(113):26-28.
73. Guilbert Ph, Peretti-Watel P, Beck F, Gautier A. (sous la dir.) / Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé / Baromètre cancer 2005.
[En ligne] : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/991.pdf>
74. Bergeron C, Cartier I, Guldner L, Lassalle M, Savignoni A, Asselain B. Lésions précancéreuses et cancers du col de l'utérus diagnostiqués par le frottis cervical, Ile-de-France, enquête Crisp, 2002. *BEH*. 2005;(2):5-6.
75. GAUTIER A. / Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé / Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003.
[En ligne] : www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/793.pdf
76. Ventura Martins C, Woronoff Anne-S, Hochart A, Gagey S. Evaluation de la campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus dans le Doubs 1993-2004. Besançon: ORS Franche-Comté, 2005. 50 p.
77. Institut National du Cancer. Etat des lieux du dépistage du cancer du col utérin en France. Septembre 2007 [En ligne sur] : <http://www.e-cancer.fr/>

78. Blanckaert M. Obstacles à la réalisation du frottis cervico-utérin en médecine générale étude qualitative par analyse prédictive chez les femmes non dépistées consultant en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais. Thèse d'exercice de médecine générale; Lille; 2012.
[En ligne] : <http://www.sudoc.fr/16220812X>
79. Lurie N, Margolis KL, McGovern PG, Mink PJ, Slater JS. Why do patients of female physicians have higher rates of breast and cervical cancer screening? *J Gen Intern Med.* janv 1997;12(1):34-43.
80. Serio D. Que pensent les femmes de la réalisation du frottis cervico-utérin en cabinet de médecine générale ? Enquête qualitative auprès de 19 femmes de la région de Franche-Comté. Thèse d'exercice de médecine générale; Besançon; 2011.
[En ligne] : <http://www.sudoc.fr/155054775>
81. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. [En ligne] :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000807238&dateTexte>
82. Sung HY, Kearney KA, Miller M, Kinney W, Sawaya GF, Hiatt RA. Papanicolaou smear history and diagnosis of invasive cervical carcinoma among members of a large prepaid health plan. *Cancer.* 15 mai 2000;88(10):2283-2289.
83. Mubiayi N, Bogaert E, Boman F, Leblanc E, Vinatier D, Leroy JL, et al. [Cytological history of 148 women presenting with invasive cervical cancer]. *Gynecol Obstet Fertil.* mars 2002;30(3):210-217.
84. Lavoué V, Gautier C, Piette C, Porée P, Mesbah H, Foucher F, et al. [Cytological study of 191 women with invasive cancer of the uterine cervix in Brittany, France]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* sept 2009;38(5):396-403.
85. Piana L, Leandri F-X, Le Retraite L, Heid P, Tamalet C, Sancho-Garnier H. [HPV-Hr detection by home self sampling in women not compliant with pap test for cervical cancer screening. Results of a pilot programme in Bouches-du-Rhône]. *Bull Cancer.* juill 2011;98(7):723-731.
86. Lazcano-Ponce E, Lorincz AT, Cruz-Valdez A, Salmerón J, Uribe P, Velasco-Mondragón E, et al. Self-collection of vaginal specimens for human papillomavirus testing in cervical cancer prevention (MARCH): a community-based randomised controlled trial. *The Lancet.* nov 2011;378(9806):1868-1873.
87. Gök M, Heideman DAM, Van Kemenade FJ, Berkhof J, Rozendaal L, Spruyt JWM, et al. HPV testing on self collected cervicovaginal lavage specimens as screening method for women who do not attend cervical screening: cohort study. *BMJ.* 2010;340:c1040.
88. Gök M, Heideman DAM, Van Kemenade FJ, De Vries ALM, Berkhof J, Rozendaal L, et al. Offering self-sampling for human papillomavirus testing to non-attendees of the cervical screening programme: Characteristics of the responders. *Eur. J. Cancer.* août 2012;48(12):1799-1808.
89. Nesslany P. Intérêt de l'autoprélèvement vaginal pour améliorer la couverture de dépistage du cancer du col de l'utérus: étude qualitative chez les médecins généralistes et les femmes non dépistées consultant en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais. Thèse d'exercice de médecine générale; Lille; 2012. [En ligne] : <http://www.sudoc.fr/162369638>
90. KOIRA CONSEIL - Synthèse de l'étude comparative des principaux outils d'échange de données à l'usage des professionnels de santé – 2007. [En ligne] : http://www.urps-med-ra.fr/upload/editor/ETUDE_KOIRA_Synthese_1239710876923.pdf
91. Fraslin J.J. - Outils de messagerie médicale sécurisée: 4 + 8 = 10 – 2009 -
[En ligne sur] : <http://i-med.fr/>

92. Article R.1110-1 du code de santé publique résultant du décret n° 2007-960 du 15 mai 2007 «décret confidentialité».
93. De Poyferré O. Étude comparative des outils de messagerie sécurisée – 2007 – URML Bretagne.
94. Etat des lieux sur les structures d’anatomo-cyto-pathologie de Rhône-Alpes: 1. Caractéristiques démographiques et activité; 2. Environnement informatique et transmission des données; 3. Participation aux réseaux de cancérologie. Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes (URML-RA), Centre Rhône-Alpes d’Epidémiologie et de Prévention Sanitaire (CAREPS), Centre de Regroupement Informatique et Statistique en Anatomie et Cytologie Pathologiques (CRISAP) | Année: 2005 | Type: Rapport
95. Article 1316-1 du code civil résultant de la loi n° 2000-230 du 13 mars 2000 portant adaptation du droit de la preuve aux technologies de l’information et relative à la signature électronique.
96. Dufrenne J. Dématérialisation des échanges d’informations entre les médecins messagerie sécurisée de santé utilisée par les médecins généralistes. Thèse d’exercice de médecine générale; Université des Antilles et de la Guyane, 2011.
[En ligne] : <http://www.sudoc.fr/153546964>
97. GIP-DMP – Étude IPSOS: Le DMP et les médecins – 2007.
[En ligne] : <http://www.ipsos.fr/ipsos-marketing/actualites/dossier-medical-personnel-dmp-et-medecins>
98. Benchmarking ICT among General Practitioners in Europe – 2007.
99. Gagneux M. - Éthique des échanges: dématérialisation des données médicales – 2010.
100. Dossier de Presse de l’ASIP Santé L’ASIP Santé fera appel à des solutions open source pour son service de messagerie sécurisée pour les professionnels de santé, flux d’actualité 10 mai 2012 [En ligne] : <http://esante.gouv.fr/asip-sante/espace-presse/flux-d-actualite/l-asip-sante-fera-appel-a-des-solutions-open-source-pour-s>
101. La simplification administrative: une réalité pour les médecins, communiqué de presse de l’ASIP santé du 21/11/2011.
[En ligne] : <http://esante.gouv.fr/asip-sante/espace-presse/communiques-de-presse/la-simplification-administrative-une-realite-pour-les>
102. GAUTIER J. Asalée. Une expérimentation de coopération interprofessionnelle Médecins généraliste-Infirmières déléguées à la santé publique. Rencontre HAS 2007
[En ligne] : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/tr3_j._gautier.pdf
103. ASALEE, action de santé libérale en équipe, région Rhône alpes, collaboration médecins généralistes/infirmières déléguées à la Santé Publique [En ligne] : http://www.urps-med-ra.fr/upload/editor/ASALEE_2_sept_2010_URMLRA_Mode_de_compatibilite_1284457870786.pdf
104. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l’assurance maladie.
[En ligne] : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158>

ANNEXES

ANNEXE 1 : EPIDEMIOLOGIE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS EN ISERE 2000-2008 (Données communiquées par le registre du cancer de l'Isère)

Toutes les données présentées ci-dessous proviennent du registre du cancer de l'Isère. Les chiffres de mortalité sont issus des certificats de décès mentionnant le code C53 correspondant au col utérin. Un certain nombre de certificats mentionnent « utérus » sans préciser si l'origine du cancer est le col ou le corps, et ne sont donc pas comptés dans les chiffres rapportés ci dessous.

I) Incidence du cancer du col de l'utérus en Isère entre 2000 et 2008

Tableau 1 : Incidence des cancers du col utérin en Isère

Année	In situ			Invasifs			In situ et invasifs		
	Tx brut *	Tx std §	effectif	Tx brut *	Tx std §	effectif	Tx brut *	Tx std §	Effectif
2000	15,8	13,8	89	8,5	6,3	48	24,4	20,1	137
2003	21,9	19,2	127	7,6	5,4	44	29,5	24,6	171
2005	20,5	17,9	121	7,6	5,2	45	28,1	23,1	166
2006	26,3	23,4	157	8,6	5,6	51	34,9	29,0	208
2008	22,4	20,7	136	8,6	5,1	52	31,0	25,8	188

*taux bruts : nombre de cancers du col incidents pour 100 000 personnes

§taux standardisés : taux d'incidence du cancer du col standardisé sur la population mondiale pour 100 000 personnes.

L'âge moyen de survenue est de 44 ,1 ans quel que soit le stade avec une médiane à 40 ans.

II) Mortalité du cancer du col de l'utérus en Isère entre 2000 et 2006

Tableau 2 : Taux de mortalité par cancer du col utérins en Isère

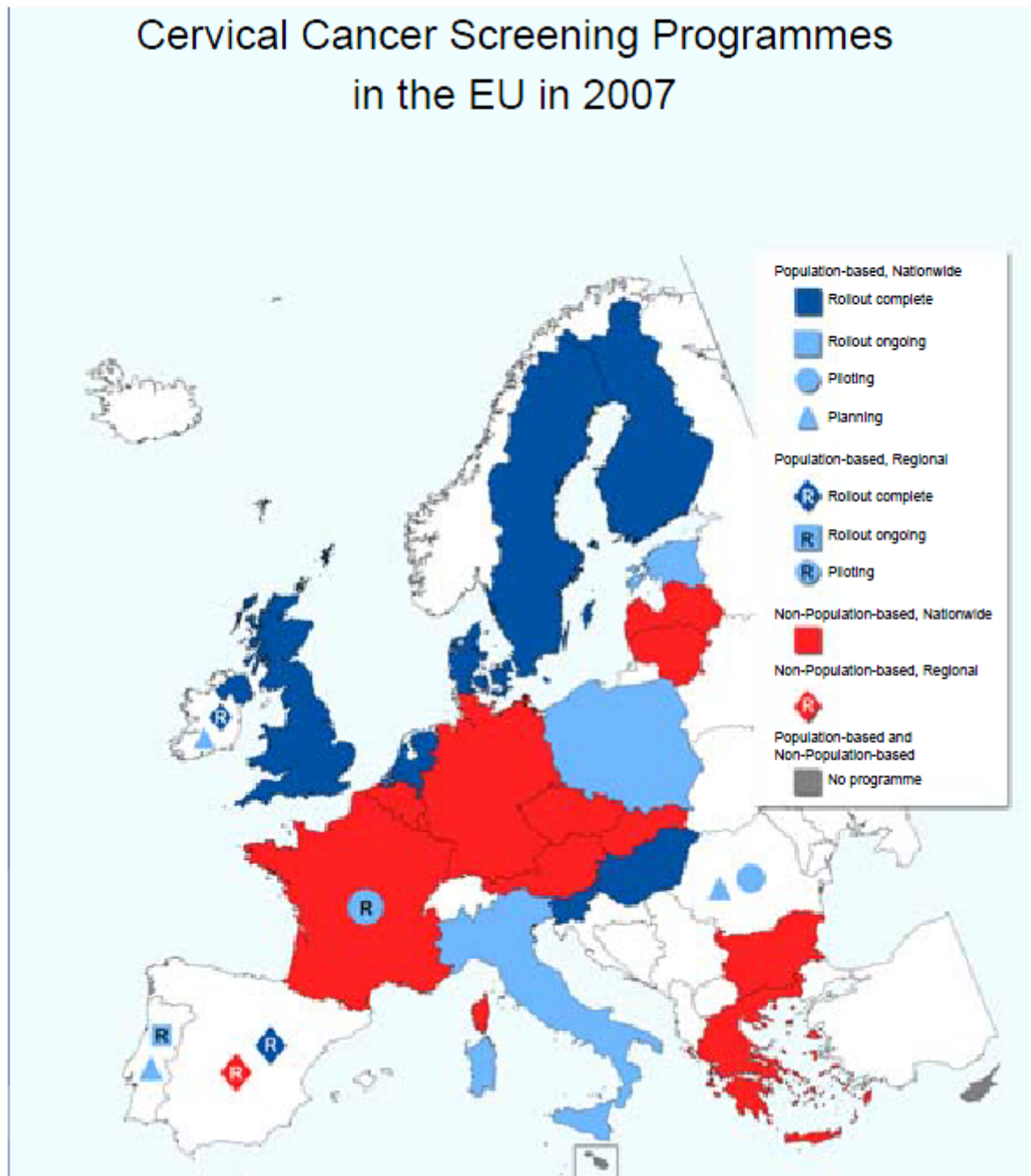
Année	Tx brut *	Tx std §	effectif
2003	2,2	1,5	13
2004	1,9	0,8	11
2005	1,2	0,8	7
2006	2,0	1,3	12

*taux bruts : nombre de cancers du col incidents pour 100 000 personnes

§taux standardisés : taux d'incidence du cancer du col standardisé sur la population mondiale pour 100 000 personnes.

L'âge moyen de mortalité est de 60,4 ans avec une médiane à 59,5 ans.

ANNEXE 2 : CARTOGRAPHIE DES PROGRAMMES DE DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS EN EUROPE EN 2007 (22)



ANNEXE 3: MODALITE D'ORGANISATION DES NOUVELLES EXPERIMENTATIONS FRANCAISES DE DEPISTAGE ORGANISE (14)

	Auvergne [03-15-43-6])	Cher [18]	Indre-et-Loire [37]	Maine-et-Loire [49]	Réunion [97]	Val-de-Marne [94]
Offre de soins	<ul style="list-style-type: none"> 1 360 MG 98 gynécologues-obstétriciens 9 gynécologues médicaux 7 laboratoires ACP 68 LABM 1 CHU, 11 CH, 43 établissements privés, 4 PMI, 6 centres de planification familiale 5 centres de médecine universitaire 3 centres d'exams de santé 	<ul style="list-style-type: none"> 253 MG 2 structures d'ACP Pas de Crisap 20 gynécologues 1 CH, 1 clinique chirurgicale + 1 clinique privée Pôle de consultations gynécologiques dans 1 hôpital local + centres d'exams de santé + planning familial 	<ul style="list-style-type: none"> 521 MG 40 gynécologues libéraux 13 gynécologues hospitaliers 5 structures d'ACP Pas de Crisap 37 LABM 2 laboratoires réalisant les tests HPV 1 CHU, 3 CH avec activité gynécologique, 2 établissements privés avec service de gynécologie + centres d'exams de santé, centre de planification familiale, médecine préventive, associations et dispensaires 	<ul style="list-style-type: none"> 620 MG 78 gynécologues (obstétriciens et médicaux) 4 structures ACP Nombre de LABM non connu 1 CHU, 2 CH, 1 CLCC, 2 établissements privés avec service de gynécologie + PMI 	<ul style="list-style-type: none"> 824 MG (dont 731 en libéral) 78 gynécologues (dont 37 hospitaliers et 41 privés) 6 laboratoires ACP (dont 2 hospitaliers publics) 49 LABM 1 CHR, 2 CH, 3 établissements privés, 3 centres d'oncologie + 30 centres de PMI 	<ul style="list-style-type: none"> 1 043 MG 163 gynécologues-obstétriciens 115 gynécologues médicaux 10 structures ayant une activité d'ACP (dont 7 hospitalières publiques) 2 CHU, 13 CH, 1 CLCC, 163 établissements privés 82 PMI (ont réalisé 6 895 FCU en 2007) + centres de santé municipaux
Registre du cancer	Non, mais projet de réseau sentinelle cancer en cours d'expérimentation	non	non	non	oui	oui
Fonctionnement de la structure de la gestion	Association loi 1901 ABIDEC 03 et ARDOC 15, 43, 63	Association loi 1901 ADOC 18	Centre de coordination des dépistages des cancers (CDCC) Étab. public de santé	Association loi 1901 CAP SANTÉ 49	Association loi 1901 RUNDEPISTAGES	Association loi 1901 ADOC 94
Organisation médicale et scientifique de la structure de gestion	11 médecins (2 anatomopathologistes, 3 gynécologues-obstétriciens, 3 gynécologues, 1 MG, 1 radiothérapeute, 1 médecin santé publique)	Comprend tous les partenaires médicaux concernés par le dépistage du cancer du col utérin (détail non disponible)	Pas encore mis en place pour le cancer du col	24 médecins (dont 2 anatomopathologistes, 6 gynécologues et 5 MG)	4 médecins (1 gynécologue-obstétricien, 1 chirurgien gynécologue, 1 oncologue, 1 médecin de l'URML)	Pas encore mis en place pour le cancer du col mais un médecin gynécologue référent a été désigné
Identification de la population cible	Fichiers des caisses d'assurances maladie avec croisement des données ACP publics et privés	Fichiers des caisses d'Assurances Maladies (95% de la population cible)	Fichiers des Caisses d'assurance maladie avec croisement des données ACP	Fichiers des caisses d'assurance maladie	Fichiers des caisses d'assurance maladie	Fichiers des caisses d'assurance maladie
Modalités d'invitation	<ul style="list-style-type: none"> 1^{re} année : femmes de 62 à 65 ans + femmes de 25 à 61 ans nées les 4 premiers mois de l'année 2^e année : femmes devant faire un FCU à 1 an + femmes de 25 à 61 ans nées les 5^e, 6^e, 7^e et 8^e mois de l'année + nouvelles entrantes 3^e année : femmes devant faire un FCU à 1 an + femmes de 25 à 61 ans nées les 4 derniers mois de l'année + nouvelles entrantes 	<ul style="list-style-type: none"> Stratégie proposée : <ul style="list-style-type: none"> - promouvoir le DI (50 %) mise en place du DO pour les femmes qui n'ont pas voulu bénéficier du DI (25 %) autoprélèvement pour les femmes qui n'ont pas voulu bénéficier du DO ni du DI (25 %) Femmes concernées : de 25 à 65 ans dont le FCU date de plus de 2 ans, femmes plus âgées et plus jeunes qui en feront la demande et qui n'auront pas eu de FCU depuis 3 ans En cas de non-participation à l'autoprélèvement la femme bénéficiera des relances prévues dans le cadre du DI et du DO 	<ul style="list-style-type: none"> 1^{re} année : femmes âgées de 51 à 65 ans n'ayant pas réalisé de FCU depuis plus de 3 ans 2^e année : femmes âgées de 38 à 50 ans n'ayant pas réalisé de FCU depuis plus de 3 ans et n'ayant pas été invitées l'année 1 3^e année : femmes âgées de 25 à 37 ans n'ayant pas réalisé de FCU depuis plus de 3 ans + femmes de 38 à 50 n'ayant pas réalisé de FCU depuis plus de 3 ans et n'ayant pas été invitées l'année 2 + femmes de 51 à 65 n'ayant pas réalisé de FCU depuis plus de 3 ans et n'ayant pas été invitées l'année 1 ni l'année 2 Les relances auront lieu 9 mois après l'invitation 	<ul style="list-style-type: none"> 1^{re} année : 45 600 invitations dont les femmes âgées de 62 à 65 ans 2^e année : 60 000 invitations 3^e année : 60 000 invitations Au moins une relance dans les 6 mois suivant l'invitation 	<ul style="list-style-type: none"> 1^{re} année : tranches d'âge les plus élevées 2^e et 3^e année : les autres femmes Invitations envoyées à la date anniversaire (3 ans) du dernier FCU Année 1 : 7 000 invitations par mois + 5 000 relances par mois à partir du 7^{ème} mois Année 2 : 3 500 invitations par mois + 5 000 relances + 5 000 relances 1 pendant les 6 premiers mois et 5 000 relances 1 et 2 les mois suivants Année 3 : 3500 invitations par mois + 5000 relances 1 et 2 par mois Toutes les invitations sont nominatives et valables 6 mois 	<ul style="list-style-type: none"> 1^{re} année : femmes de 60 à 65 ans et de 25 à 34 ans 2^e année : femmes de 50 à 59 ans + relance de la 1^{ère} année 3^e année : femmes de 35 à 49 ans + relance de la 2^{ème} année
Modalités de prise en charge du FCU	FCU gratuit envisagé	<ul style="list-style-type: none"> Lecture dans le cadre du DO prise en charge par la SG et facturée à la caisse Prélèvement non facturé aux femmes Objectif : avoir le coût restant à charge le plus faible possible 	<ul style="list-style-type: none"> La prise en charge à 100 % pour la lecture du FCU n'est pas envisagée Une liste de lieux de réalisation gratuite des FCU sera diffusée 	<ul style="list-style-type: none"> La CPAM est favorable pour la prise en charge à 100 % de la lecture des FCU 	<ul style="list-style-type: none"> Le repérage des FCU concernant le DO se fera en joignant l'invitation à la demande d'examen Prise en charge à 100 % 	<ul style="list-style-type: none"> La prise en charge à 100 % a été demandée pour la lecture du FCU uniquement (pas pour le prélèvement)

Modalités de suivi des patientes si résultat positif	<ul style="list-style-type: none"> Résultats transmis aux médecins préleveurs par les cabinets d'ACP 	<ul style="list-style-type: none"> Pour le DI : suivi assuré par le médecin préleveur ou traitant Pour le DO : résultats envoyés au gynécologue de la patiente ou au médecin traitant, sinon elle est orientée vers un gynécologue qui accepte de la recevoir rapidement 	<ul style="list-style-type: none"> Le suivi des cas positifs s'effectue pour l'ensemble des femmes dépistées (DO + DI) La femme sera prévenue par courrier par la SG de même que les médecins en charge du suivi Les médecins en charge du suivi transmettront les données de suivi à la SG Le calendrier des relances est adapté en fonction du type de lésions détectées 	<ul style="list-style-type: none"> Les médecins seront destinataires des CR des ACP Le suivi des cas positifs s'effectue pour l'ensemble des femmes dépistées (DO + DI) Les laboratoires d'ACP transmettront les résultats à la SG Les femmes seront averties par courrier des résultats anormaux Les résultats des investigations seront prescrits à la femme et à la structure de gestion 	<ul style="list-style-type: none"> Lésions de haut grade : vérification par la SG dans les 3 mois du suivi (courrier au médecin qui a fait le FCU + appel téléphonique 15 jours après si pas de réponse) Lésions de bas grade : idem que pour les lésions de haut grade mais avec un délai de 6 mois 	<ul style="list-style-type: none"> Le suivi des cas positifs s'effectue pour l'ensemble des femmes dépistées (DO + DI) Médecin traitant relancé par courrier par la SG Envoi d'un questionnaire aux médecins prescripteurs du FCU si ASC-US+ (après 4 mois si haut grade, ASC-H anomalie glandulaire en faveur d'une néoplasie, après 6 mois si lésions moins sévères)
Date prévisionnelle d'envoi des premières invitations	Mai 2010	Non disponible	1 ^{er} trimestre 2010	1 ^{er} janvier 2010	Fin 2009	Non disponible
Actions envisagées ou en cours	<ul style="list-style-type: none"> Formation Mise en place d'un recueil histologique Actions de communication auprès des professionnels de santé 	<ul style="list-style-type: none"> Formation Actions de communication Prévention vaccinale Éducation pour la santé Autoprélèvement 	<ul style="list-style-type: none"> Projet APACHE pour l'auto-prélèvement Projet pour identifier les freins au dépistage 	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'un recueil histologique Formation Actions de communication 	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'un recueil histologique Interrogations des DIM pour connaître les traitements des CIN Formation Action d'information en relais avec PMI, sages-femmes, infirmier(ère)s 	<ul style="list-style-type: none"> Formation Actions de communication Forte implication du Crisap Ile-de-France qui assurera l'enregistrement des résultats de FCU

ACP : anatomo-cytopathologie

CLCC : centre de lutte contre le cancer

CR : compte rendu

DIM : département d'information médicale

LABM : laboratoire d'analyses de biologie médicale

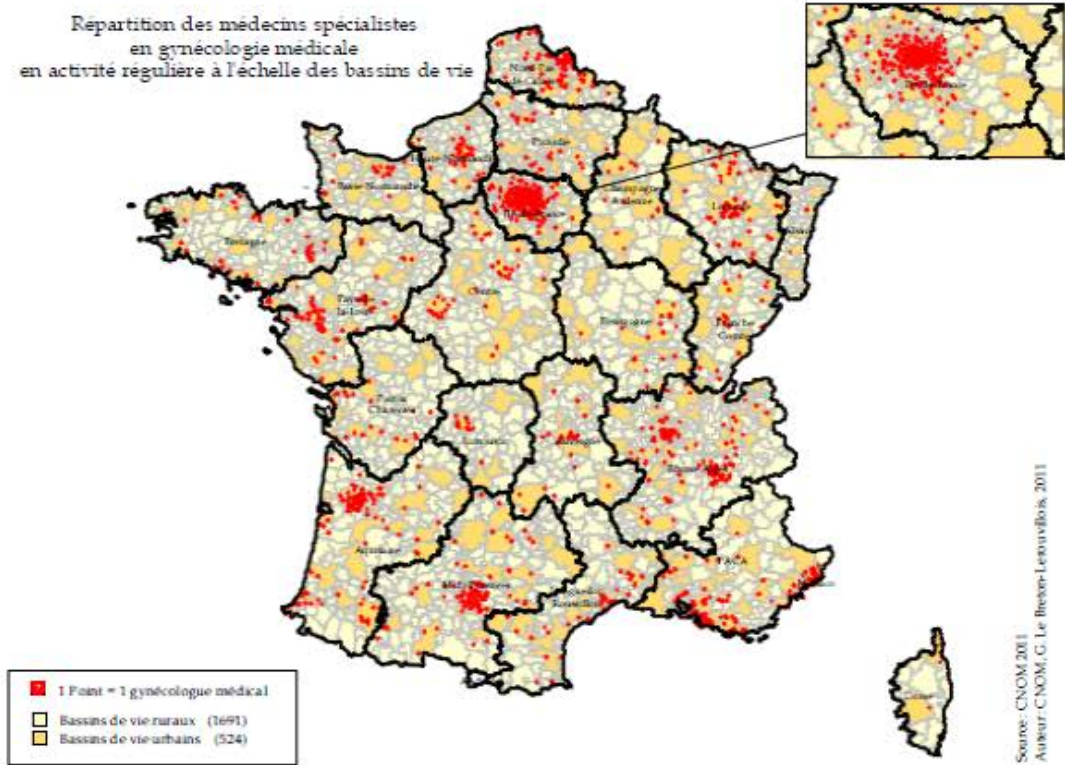
MG : médecin généraliste

SG : structure de gestion

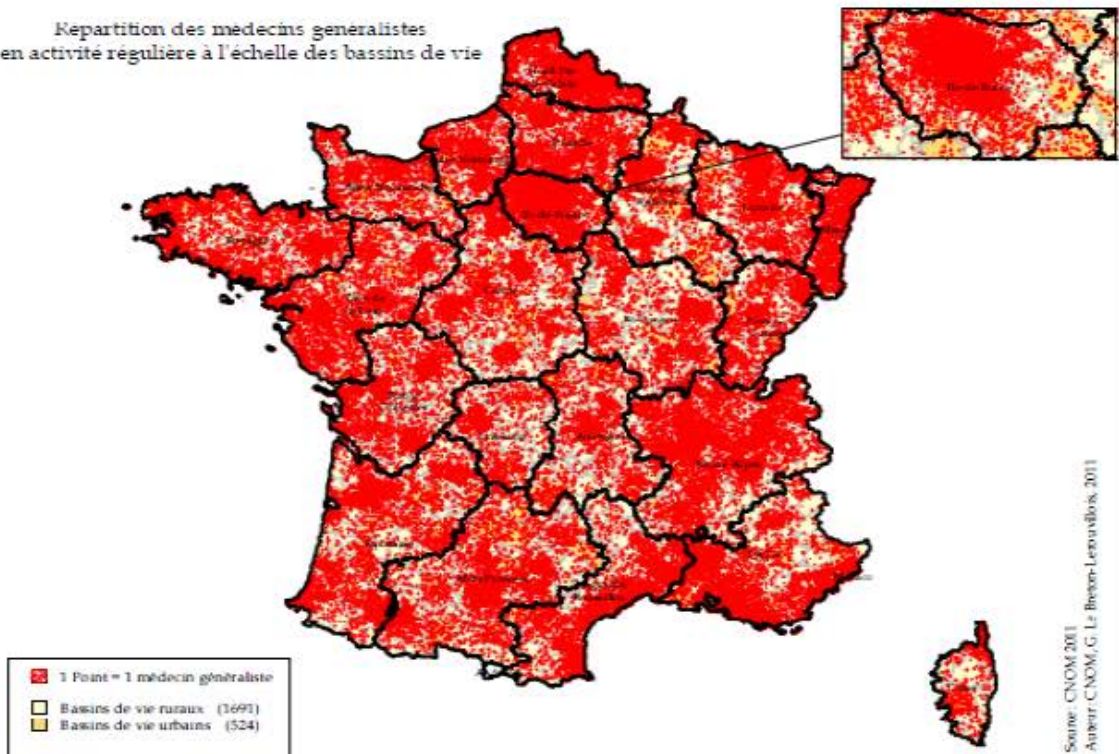
ANNEXE 4 : EPIDEMIOLOGIE DES GYNECOLOGUES EXCERÇANT DE LA GYNECOLOGIE MEDICALE ET DES GENERALISTES AU 01/01/2011 EN FRANCE ET EN ISERE (28)

REPARTITION GEOGRAPHIQUE

Repartition des médecins spécialistes en gynécologie médicale en activité régulière à l'échelle des bassins de vie



Repartition des médecins généralistes en activité régulière à l'échelle des bassins de vie



COMPARATIF DES EFFECTIFS ET DENSITES

	Gynécologues médicaux en activité régulière			Gynécologues obstétriciens pratiquant de la gynécologie médicale			Total		
	France ¹	Isère	Rapport Isère/France	France ¹	Isère	Rapport Isère/France	France ¹	Isère	Rapport Isère/France
Effectif	1595	43		1809	36		3404	79	
Densité pour 100000 habitants	2,5	3,5	1,4	2,8	3	1,07	5,3	6,5	1,23

¹France métropolitaine

	Médecins généralistes en activité régulière		Rapport Médecins généraliste/ Gynécologues pratiquant de la gynécologie médicale	
	France ¹	Isère	France ¹	Isère
Effectif	90173	1787		
Densité pour 100000 habitants	142	147,1	26,79 ²	22,63 ³

¹France métropolitaine

²Si l'on considère uniquement les médecins généralistes hors activités particulières ce rapport diminue à 16,3

³Si l'on considère uniquement les médecins généralistes hors activités particulières ce rapport diminue à 12

ANNEXE 5 : PRESENTATION DE L'OUTIL VOOZANOO

Définition : Voozanoo est une « application WEB » gratuite créé par la société Epiconcept permettant de créer des questionnaires en ligne.

Site : www.voozanoo.fr

Sécurité des données : les questionnaires sont accessibles via une connexion Internet sécurisée (adresse en https://, accessibilité par login et mot de passe, cryptage des données).

Stockage des données : Les données rentrées par chaque participant sont enregistrées sur le serveur qui héberge l'application et sont accessibles en permanence et en temps réel.

Droits d'accès aux données : La définition des droits d'accès aux données est très souple et permet de définir des groupes d'utilisateurs différents avec des droits qui leur sont spécifiques.

Droits d'accès définis dans notre étude : Chaque participant avait accès uniquement aux données qu'il avait rentrées et ne pouvait pas avoir accès à celles rentrées par d'autres participants. Les participants ne pouvaient pas modifier les données rentrées une fois validées. Nous étions les seuls à détenir des paramètres de connexions nous permettant d'avoir accès à l'ensemble des données.

Formation à l'utilisation de cet outil : Participation en novembre 2011 à une formation organisée au siège d'Epiconcept à Paris sur l'utilisation et l'exploitation de ce logiciel.

RETOUR D'INFORMATION DES FCU EN MEDECINE GENERALE

ACCUEIL

[Accueil](#) | [Listings](#) | [Analyses](#) | [Plans d'analyses](#) | [Récupération de données](#) | [Monitoring](#) | [Filtres](#) | [Gestion des listings](#) | [Mon compte](#) | [Déconnexion](#)

Questionnaire principal

- inclusion : [Nouvel enregistrement](#)

Questionnaires annexes

- informations médecin : [Nouvel enregistrement](#)

MESSAGES DU COORDINATEUR

Cher(e) confrère,

Nous vous remercions pour votre participation dans ce travail de recherche de médecine générale.

Nous vous rappelons, que la question de recherche principale de ce travail est :

Quel est le taux de compte rendus de frottis cervicaux utérins présents dans les dossiers des médecins traitants de l'Isère quand ceux-ci n'ont été ni préleveur ni prescripteur de l'examen?

Les données doivent concerner le contenu de votre dossier médical, et non les déclarations de vos patientes, que vous pouvez éventuellement faire figurer en « commentaire libre ».

Bien entendu, l'analyse des données se fera de manière totalement anonyme (déclaration CNIL Numéro 1551704).

Elle fera l'objet d'une thèse de médecine générale, soutenue à la faculté de médecine de Grenoble.

Chaque médecin participant recevra une version électronique de cette thèse et de toute éventuelle publication qui pourrait en découler.

Pour faire une inclusion cliquez sur [nouvel enregistrement](#) dans le questionnaire principal nommé INCLUSION .

Merci d'inclure les 10 premières patientes que vous voyez en consultation et qui répondent aux critères d'inclusions suivants .

- Patientes de 25 à 65 ans.
- Patientes dont vous êtes le médecin traitant.
- Patientes sans antécédent récent (moins de 2 ans) de frottis anormal (ASC-US, AGC-US, ASC-H, LSIL, HSIL).
- Patientes sans antécédent récent (moins de 2 ans) de recherche d'HPV
- Patientes non hystérectomisées OU hystérectomisées mais avec un col restant.

Une fois vos 10 inclusions faites vous serez prévenu par mail.

Lors de votre première inclusion, merci de penser à remplir le questionnaire annexe nommé INFORMATIONS MÉDECIN en cliquant sur [nouvel enregistrement](#) (ne le remplir qu'une seule fois).

A la fin de chaque questionnaire n'oubliez pas de cliquer sur [ENREGISTER](#).

ANNEXE 7 : QUESTIONNAIRE PRINCIPAL « INCLUSION »

RETOUR D'INFORMATION DES FCU EN MEDECINE GENERALE

INCLUSION

Accueil | Déconnexion

Inclusion

INCLUSION

Age de la patiente (entre 25 et 65 ans) *

Avez-vous été l'effecteur ou le prescripteur du dernier frottis de cette patiente? *

- oui
- non
- la patiente n'a jamais eu de FCU à votre connaissance

Avez-vous alors reçu un retour d'information de la part de l'effecteur du FCU (lettre, compte-rendu)?

- oui
- non
- vous ne savez pas

Avez-vous dans votre dossier l'année du dernier frottis de cette patiente? *

- oui
- non

Année (exemple:2004)

Avez-vous dans votre dossier le résultat du dernier frottis de cette patiente? (si vous avez le résultat, répondez oui, même si vous n'avez pas reçu de compte rendu) * ?

- oui
- non
- vous ne savez pas

Si oui, apparait-il selon la classification de Bethesda?*

- oui
- non
- vous ne savez pas

*Classification Bethesda :

Frottis normal.
 ASC-US=atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée.
 ASG-US=anomalies glandulaires.
 ASC-H=atypies des cellules malpighiennes ne permettant pas d'exclure une lésion intra-épithéliale de haut grade.
 LSIL=lésions intra-épithéliales de bas grade (ex-CIN 1).
 HSIL=lésions intra-épithéliales de haut grade (ex-CIN 2,CIN3,CIS)

Avez-vous dans votre dossier une information sur la qualité du dernier frottis de cette patiente (satisfaisant,insatisfaisant)?

- oui
- non
- vous ne savez pas

Les informations concernant le dernier FCU de votre patiente sont-ils visibles à l'ouverture de votre dossier? (cochez Ø si vous ne vous prononcez pas sur la question)

	oui	non	Ø
Concernant sa date:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Concernant son résultat:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Concernant sa qualité:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Comment avez-vous eu la date du dernier frottis de cette patiente?

- la patiente vous l'a donné spontanément
- vous avez demandé l'information à la patiente
- vous ne savez plus
- (Annuler)

Avez-vous eu également le résultat ?

- oui, il vous a été donné oralement par la patiente
- oui, vous avez récupéré le compte rendu
- non
- (Annuler)

Questions posées lorsque la date et/ou le résultat du dernier FCU étaient dans le dossier alors que le médecin n'avait été ni l'effecteur ni le prescripteur du dernier FCU et qu'il n'avait pas été le destinataire d'un retour d'information de la part du préleveur

Avez-vous utilisé un système de planification(alarme,alerte) pour programmer le prochain frottis de cette patiente? *

- oui
- non

commentaires libres:

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

LOB Andréa
thésarde

Dr Olivier MARCHAND
directeur de thèse

Conformément à la loi "Informatique et libertés" du 06/01/1978, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification des données auprès de LOB Andréa en lui envoyant un mail à l'adresse suivante: andrealob@hotmail.fr.

[Annuler](#)

[Enregistrer](#)

Ajouter d'autres enregistrements:

RETOUR D'INFORMATION DES FCU EN MEDECINE GENERALE

DONNÉES PERSONNELLES

[Accueil](#) | [Déconnexion](#)

Info medecin (à ne remplir qu'une seule fois)

DONNÉES PERSONNELLES

Qui êtes vous? *

- une femme
- un homme

Quel est votre âge? *

Quel est votre lieu d'exercice? *

- urbain (>2000 habitants)
- rural (<2000 habitants)

Quel est votre mode d'exercice? *

- seul
- en groupe hors maison de santé
- en maison de santé
- en centre de santé

Qui rentre les comptes-rendus des examens complémentaires de vos patients dans vos dossiers médicaux? *

- vous
- un(e) secrétaire
- vous ou votre (vos)associé(s)
- quelqu'un d'autre

Réalisez-vous des frottis cervicaux utérins (FCU) à votre cabinet et à quelle fréquence en moyenne? *

- non
- oui, < 1 fois par mois
- oui, une fois par mois
- oui, 1 fois par semaine
- oui, > 1 fois par semaine

Avez vous déjà reçu la visite d'un(e) délégué(e) médical(e) de l'ODLC (office de lutte contre le cancer) dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus? *

- oui
- non, vous n'avez jamais été sollicité
- non, vous avez refusé sa visite

Pensez-vous que la présence d'un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en Isère, vous sensibilise d'avantage à ce dépistage et favorise votre implication dans celui-ci ? *

- oui
- non
- vous n'avez pas d'opinion sur la question

si non pourquoi:

- méconnaissance du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus
- cela ne change en rien vos pratiques
- vous ne vous sentez pas concerné par ce dépistage
- vous manquez d'informations sur ce dépistage
- les informations reçues sur ce dépistage ne sont pas adaptées à votre pratique
- autre
- (Annuler)

Demandez-vous à vos patientes de vous ramener le compte-rendu de leurs FCU si ceux-ci ne sont pas présents dans vos dossiers ? *

- toujours
- souvent
- rarement
- jamais

Souhaiterez-vous recevoir systématiquement les résultats des frottis de vos patientes pour lesquels vous n'avez été ni préleveur ni prescripteur ? *

- oui
- non

si oui, vous préféreriez recevoir l'information par :

- le préleveur (gynécologue, sage femme)
- le cabinet d'anatomo- cytopathologie
- (Annuler)

si non, pourquoi (commentaire libre) ?

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

LOB Andréa
thésarde

Dr Olivier MARCHAND
directeur de thèse

Conformément à la loi "Informatique et libertés" du 06/01/1978, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification des données auprès de LOB Andréa en lui envoyant un mail à l'adresse suivante: andrealob@hotmail.fr.

[Annuler](#)

[Enregistrer](#)

Ajouter d'autres enregistrements:

ANNEXE 9 : MESSAGE D'ERREUR

RETOUR D'INFORMATION DES FCU EN MEDECINE GENERALE

INCLUSION

[Accueil](#) | [Déconnexion](#)

LE FORMULAIRE CONTIENT DES ERREURS

Réponse obligatoire	[dernierfcu]
Valeur incorrecte	[age]

Inclusion

INCLUSION

CE CHAMP REQUIERT VOTRE ATTENTION

Age de la patiente (entre 25 et 65 ans) *

23

Erreur : Valeur incorrecte

CE CHAMP REQUIERT VOTRE ATTENTION


Avez-vous été l'effecteur ou le prescripteur du dernier frottis de cette patiente? *

Erreur : Réponse obligatoire

Avez-vous alors reçu un retour d'information de la part de l'effecteur du FCU(lettre,compte-rendu)?

Avez-vous dans votre dossier l'année du dernier frottis de cette patiente? *

non

Avez-vous dans votre dossier le résultat du dernier frottis de cette patiente? (si vous avez le résultat, répondez oui, même si vous n'avez pas reçu de compte rendu) * 

non

Avez-vous utilisé un système de planification(alarme,alerte) pour programmer le prochain frottis de cette patiente? *

non

commentaires libres:

ANNEXE 10 : COURRIEL DE PRESENTATION DE L'ETUDE

LOB Andréa
Email : andrealob@hotmail.fr
Tel : 0626163115

Cher docteur, cher(e) confrère,

Actuellement remplaçante en médecine générale, je réalise mon travail de thèse d'exercice sur le retour d'information des résultats des frottis cervicaux utérins auprès des médecins généralistes.

En tant que médecins généralistes traitants, nous sommes au premier rang pour assurer la coordination du dépistage du cancer du col de l'utérus. Cependant comme le montre certaines études, nous ne disposons pas des éléments nécessaires à cette coordination, notamment en ce qui concerne le retour d'information des comptes rendus des frottis cervicaux utérins (FCU).^{1,2}

La question de recherche de ce travail dirigé par le Dr Olivier MARCHAND est :

Quel est le taux de compte -rendus de FCU présents dans les dossiers des médecins traitants de l'Isère quand ceux-ci n'ont été ni préleveur ni prescripteur de l'examen ?

L'objectif final de ce travail, serait d'élaborer et d'évaluer un retour d'information organisé en collaboration avec les cabinets d'anatomo-cytopathologie de l'Isère permettant aux médecins traitants d'avoir systématiquement le résultat des FCU qui ont été réalisés par d'autres professionnels de santé.

Nous recherchons 50 médecins volontaires pour inclure les 10 premières patientes vues en consultation tout venant répondant aux critères suivants :

- Patientes de 25 à 65 ans
- Patientes dont vous êtes le médecin traitant
- Patientes sans antécédent récent (moins de 2 ans) de frottis anormal (ASC-US, AGC-US, ASC-H, LSIL, HSIL)
- Patientes non hysterectomisées OU hysterectomisées avec un col restant

L'analyse des résultats sera faite de façon anonyme (déclaration CNIL numéro 1551704).

Pour participer il vous suffira de remplir à chaque inclusion un questionnaire en ligne (modèle en fichier joint). Le temps de remplissage est estimé à moins de 3 min.

Si vous désirez participer à cette étude, merci de me répondre directement (andrealob@hotmail.fr) Je reste à votre disposition pour toutes questions et renseignements complémentaires. Nous vous contacterons ultérieurement pour connaître votre réponse.

Veuillez agréer, Docteur, l'expression de nos sentiments respectueux.

Dr Olivier Marchand



LOB Andréa

¹ RUELLE Y / Le médecin généraliste et la coordination du dépistage du cancer du col de l'utérus : Etude du contenu des dossiers médicaux de 32 médecins généralistes lorrains / thèse de médecine / Nancy ; 2009.

² DENIS B., SCHON G., RUETSCH M. & al. / Dépistage des cancers : auto-évaluation des dossiers médicaux de 37 médecins généralistes / Presse Médicale ; 2007 ; 36 ; 217-23

ANNEXE 11 : FICHIER EXPLICATIF DES DIFFERENTES MODALITES PRATIQUES DE REMPLISSAGE DES QUESTIONNAIRES

Chère consœur,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce travail de recherche.

Voici le lien pour accéder au questionnaire de l'étude :

<https://vool123.voozanoo.net/123/essai19/enquetes/1603493673>

Vos paramètres de connexions sont les suivants :

Identifiant : **FCU137**

Mot de passe : **136**

Les identifiants sont anonymes et les mots de passe ont été attribués de façon aléatoire

Une fois vos paramètres de connexions validés tu arriveras sur la page d'accueil suivante.

Pour chaque inclusion cliquez sur **nouvel enregistrement du questionnaire principal** intitulé **inclusion**.

Merci d'inclure les 10 premières patientes vues en consultation TOUT VENANT répondant aux critères d'inclusions.

Je tiens à préciser que vous pouvez inclure des patientes pour lesquelles vous avez fait le dernier FCU.

Un mail vous sera envoyé dès que vous aurez inclus les 10 patientes.

Ne pas oublier d'appuyer sur enregistrer à la fin de chaque inclusion

Inclusion

BICLUSION

Age de la patiente (entre 25 et 65 ans) *

Avez-vous été l'affecteur ou le prescripteur du dernier frottis de cette patiente? *

Avez-vous dans votre dossier l'année du dernier frottis de cette patiente? *

Avez-vous dans votre dossier le résultat du dernier frottis de cette patiente? *

Avez-vous utilisé un système de planification (alarme, alerte) pour programmer le prochain frottis de cette patiente? *

commentaires libres

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

LOS Andréa
thésarde

Dr Olivier MARCHAND
directeur de thèse

Conformément à la loi "Informatique et libertés" du 06/01/1978, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification des données auprès de LOS Andréa en lui envoyant un mail à l'adresse suivante: andrea.los@hotmail.fr

Annuler Enregistrer

Lors de votre premier enregistrement merci de remplir également le questionnaire annexe intitulé informations médecin en cliquant sur nouvel enregistrement du questionnaire annexe.

Questionnaire principal

- inclusion : [Nouvel enregistrement](#)

Questionnaires annexes

- Informations médecin : [Nouvel enregistrement](#)

Le questionnaire annexe n'est à remplir qu'une seule fois

Ne pas oublier de cliquer sur enregistrer à la fin du questionnaire

Info médecin (à ne remplir qu'une seule fois)

Données personnelles

Qui êtes vous? *

Quelle est votre âge? *

Quelle est votre lieu d'exercice? *

Quelle est votre mode d'exercice? *

Qui rend le compte-rendu des examens complémentaires de vos patients dans vos dossiers médicaux? *

Préférez-vous que le visite des charts médicaux (FCU) à votre cabinet et à quelle fréquence vous est-il proposé? *

Avez-vous déjà reçu la visite d'un(e) délégué(e) médical(e) de l'ODC office de lutte contre le cancer dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus? *

Pensez-vous que la présence d'un délégué organisé du cancer du col de l'utérus en votre cabinet vous sensibilise d'avantage à ce dépistage et favorise votre implication dans celui-ci? *

Demandez-vous à vos patientes de vous ramener le compte-rendu de leurs FCU si ceux-ci ne sont pas présents dans vos dossiers? *

Souffrez-vous occasionnellement de difficultés à obtenir les résultats des frottis de vos patientes pour lesquels vous n'avez été ni prélevé(e) ni prescripteur? *

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

LOS Andréa
thésarde

Dr Olivier MARCHAND
directeur de thèse

Conformément à la loi "Informatique et libertés" du 06/01/1978, vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification des données auprès de LOS Andréa en lui envoyant un mail à l'adresse suivante: andrea.los@hotmail.fr

Annuler Enregistrer

N'hésitez pas à me contacter pour toutes questions, je suis joignable par mail ou sur mon portable au 0626163115

Bien confraternellement

LOS Andréa

ANNEXE 12 : RECEPISSE DE LA DECLARATION A LA CNIL

RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration

1551704 v 0

du

Monsieur LOB Andréa
UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
621 AVENUE CENTRALE DOMAINE
UNIVERSITAIRE BP 53
38041 GRENOBLE CEDEX 9

Organisme déclarant

Nom : UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

Service :

Adresse : 621 AVENUE CENTRALE DOMAINE UNIVERSITAIRE BP 53

Code postal : 38041

Ville : GRENOBLE CEDEX 9

N° SIREN ou SIRET :

193818382 00015

Code NAF ou APE :

8542Z

Tél. : 0476514600

Fax. : 04 76 51 44 00

Traitement déclaré

Finalité : FICHIER DE MEDECINS GENERALISTES DANS LE CADRE D'UNE THESE DE MEDECINE GENERALE (FICHIER D'ANONYMISATION)

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez effectué une déclaration de votre traitement à la CNIL et que votre dossier est formellement complet. Vous pouvez mettre en œuvre votre traitement. Cependant, la CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée. En tout état de cause, vous êtes tenu de respecter les obligations prévues par la loi et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « Informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : « www.cnil.fr »

Fait à Paris, le 31 janvier 2012
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente



**COMMUNIQUE DE PRESSE DU CONSEIL SCIENTIFIQUE
DU COLLEGE NATIONAL DES GENERALISTES ENSEIGNANTS**

Vincennes, 10 mai 2012

Cancer du col : priorité au dépistage organisé !

La prévention du cancer du col de l'utérus doit s'appuyer sur un dépistage organisé, coordonné par le médecin traitant.

En France, le cancer invasif du col utérin touche 3 000 patientes et est à l'origine de 1 000 décès par an¹. Pour dépister les lésions précancéreuses, la HAS recommande² de pratiquer un frottis cervico-utérin tous les trois ans après 2 frottis normaux espacés d'un an, pour les femmes âgées de 25 à 65 ans.

Moins de 60 % des femmes ont des frottis réguliers³. Elles en ont d'autant moins qu'elles sont au bas de la hiérarchie sociale⁴. Et 72 % des patientes ayant eu un cancer invasif n'ont pas bénéficié de dépistage recommandé⁵, alors même que 54 % des femmes sont dépistées à un rythme trop fréquent⁶. Si le même nombre de frottis étaient réalisés mais au rythme recommandé, 90 % des femmes concernées pourraient bénéficier du dépistage.

Compte tenu de la balance bénéfique/risque positive et d'un rapport coût/efficacité favorable⁷, la Haute Autorité de Santé a recommandé, en 2010, le dépistage organisé du cancer du col en plaçant le médecin traitant au cœur du dispositif². Ce dernier devrait donc recevoir systématiquement le résultat de l'examen anatomo-pathologique du frottis. Mais, jusqu'à présent, le dépistage n'est pas organisé et les médecins traitants sont rarement destinataires des résultats du frottis lorsqu'ils ne l'ont pas réalisé eux-mêmes.

Le CNGE :

- **demande que soit rapidement mis en place le dépistage organisé des lésions précancéreuses et du cancer du col de l'utérus tel que proposé par la HAS,**
- **demande que le résultat des frottis soit systématiquement adressé au médecin traitant, responsable de la coordination du dépistage, même s'il ne l'a pas réalisé lui-même,**
- **encourage les médecins traitants à s'impliquer davantage dans le dépistage, en étant particulièrement attentifs aux femmes socialement défavorisées,**
- **rappelle la nécessité de continuer à faire des frottis chez les femmes ayant été vaccinées contre certains virus HPV.**

Références

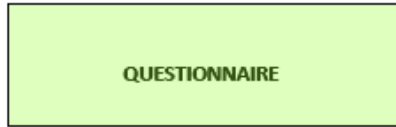
- ¹ Belot A, Grosclaude P, Bossard N, et al. Incidence et mortalité des cancers en France durant la période 1980-2005. Rev Epidemiol Santé Publique 2008;56:159-75.
- ² Haute autorité en santé. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en

- France. 2010. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1009772/etat-des-lieux-et-recommandations-pour-le-depistage-du-cancer-du-col-de-luterus-en-france?xtmc=cancer%20du%20col&xtcr=1 (consulté le 12/04/2012).
3. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. L'état de santé de la population en France, rapport 2009-2010. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/l-etat-de-sante-de-la-population-rapport-2009-2010.html> (consulté le 12/04/2012).
 4. Rigal L, Saurel-Cubizolles MJ, Falcoff H, Bouyer J, Ringa V. Do social inequalities in cervical cancer screening persist among patients who use primary care? The Paris Prevention in General Practice survey. *Prev Med* 2011;53:199-202.
 5. Lavoué V, Gautier C, Piette C, et al. Histoire cytologique de 191 patientes atteintes d'un cancer invasif du col de l'utérus en région Bretagne. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2009;38:396-403.
 6. Rousseau A, Boyet P, Merlière J. Evaluation du dépistage organisé et du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus : utilité des données de l'Assurance maladie. *BEH* 2002;19:81-3.
 7. CRESGE, INVS. Modélisation médico-économique de l'impact de l'organisation du dépistage du cancer du col utérin et de l'introduction de la vaccination contre les HPV dans le calendrier vaccinal. 2007. Disponible sur : http://archives.invs.sante.fr/publications/2008/modelisation_hpv/rapport_modelisation_hpv.pdf (consulté le 12/04/2012)

Pour le Conseil scientifique du CNGE, contacts Presse :

Vincent RENARD 06.25.80.33.29
Caroline HUAS 06 03 43 59 05

ANNEXE 14 : QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX CABINETS D'ACP ISEROIS



1-Quelle est la moyenne annuelle de FCU de dépistage reçus dans votre cabinet :FCU/an

2- Parmi les FCU que vous recevez, connaissez vous le taux de FCU de dépistage prélevés par :

les gynécologues :	les médecins généralistes :	les sages femmes :	les biologistes :
<input type="checkbox"/> Oui taux%	<input type="checkbox"/> Oui taux.....%	<input type="checkbox"/> Oui taux.....%	<input type="checkbox"/> Oui taux.....%
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non

Si non en avez-vous une estimation ? (<25%, entre 25 et 50%, entre 50 et 75%,>75%)

les gynécologues :	les médecins généralistes :	les sages femmes :	les biologistes :
<input type="checkbox"/> Oui :.....%	<input type="checkbox"/> Oui :.....%	<input type="checkbox"/> Oui :.....%	<input type="checkbox"/> Oui :.....%
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non

3- Comment sont fixées les modalités déterminant les destinataires des comptes -rendus des FCU de dépistage ?

- Ce sont les mêmes pour chaque patiente.
- Elles sont définies par chaque préleveur qui donne ses consignes.
- Autre

Si autre précisez :

.....

.....

4-Les patientes sont elles systématiquement directement bénéficiaire du compte rendu de leur FCU ?

- Oui
- Non

Si non avez-vous une estimation du taux de patientes qui reçoivent directement de votre part leur compte rendu de FCU ?

- Oui estimation (<25%, entre 25 et 50%, entre 50 et 75%,>75%) :%
- Non

5-Pour l'envoi des comptes- rendus des FCU votre cabinet utilise t'il une transmission électronique (email sécurisé, email non sécurisés, messagerie sécurisée type Apicrypt, autre...) :

- Oui
- Non, vous ne disposez pas d'application le permettant
- Non, vous avez une application de ce type mais vous ne l'utilisez pas pour les envois des comptes rendus des FCU

si oui avez-vous une estimation du taux de ces envois par transmission électronique sur la totalité des envois (envois informatisés + postaux) ?

- Oui estimation (<25%, entre 25 et 50%, entre 50 et 75%,>75%) :%
- Non

6- Pensez-vous qu'il soit possible d'organiser un retour d'information systématique des comptes-rendus des FCU de dépistage auprès des médecins traitants des patientes ?

- Oui
- Non
- Vous n'avez pas d'opinion sur la question

Si non pourquoi :

7-En pratique pensez-vous qu'il soit possible de modifier la fiche de renseignements remplie par chaque effecteur de FCU en rajoutant une ligne « médecin traitant de la patiente » :

- Oui
- Non
- Vous n'avez pas d'opinion sur la question

Si non pourquoi :

Commentaires libres :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci pour votre participation

ODLC DÉPISTAGE des CANCERS en libre **www.odlc.org** OFFICE DE LUTTE CONTRE LE CANCER 19, chemin de la Dhuy - BP 139 38244 MEYLAN Cedex - Fax 04 76 41 29 57 © 04 76 41 25 25

Dépistage du cancer du COL DE L'UTERUS : de 25 à 65 ans

Identification du préleveur et/ou du prescripteur <small>Medecin gynécologue généraliste, sage-femme</small>	Identification du médecin traitant	Identification de la patiente	Etiquette à utiliser par le pathologiste
---	---	-------------------------------	--

Fiche Frottis

A remplir par la patiente
si le frottis de dépistage n'est pas réalisé (1)

J'ai déjà pratiqué un frottis du col de l'utérus le : _____

Je ne fais pas de frottis pour les raisons suivantes :

J'ai été opérée (hystérectomie totale)

Autres raisons _____

A remplir par le médecin
lors de la consultation

Je ne réalise pas de frottis cervical (1) de dépistage pour les motifs suivants :

Exclusion temporaire

frottis récent _____

autres _____

Exclusion définitive

antécédent personnel de cancer du col utérin

hystérectomie totale (ablation du col)

prélèvement impossible ou injustifié

autres _____

Je réalise (ou je prescris) un frottis cervical de dépistage ce jour (2)

Date de prélèvement ____/____/____ urgent normal

Date du dernier frottis ____/____/____ Année de naissance _____

Statut hormonal - contraception

Dernières règles le ____/____/____

grossesse post partum

contraception orale DIU

ménopause THM

hystérectomie sub-totale

Antécédents pathologie du col utérin

non connus

aucun antécédent

ASC-US ____/____/____

ASC-H ____/____/____

AGC (AGUS) ____/____/____

condylome ____/____/____

lésion de bas grade ____/____/____

lésion de haut grade ____/____/____

Traitement éventuel

laser conisation curiethérapie

Date de fin de traitement ____/____/____

Autres antécédents _____

▶ Dans le cadre du programme, les résultats du frottis seront transmis aux médecins mentionnés ci-dessus et à l'ODLC

Examen clinique

col normal

col lésé

zone rouge péri-orificielle

col inflammatoire

col hémorragique

col leucoplasique

autre

Signes fonctionnels

aucun

leucorrhées

ménorragies

métorragies

autre

Indication du frottis

frottis de dépistage systématique

autre _____

Mode(s) de prélèvement

spatule d'Ayre

cytobrush

cervex brush

(1) Envoyer cette fiche à l'ODLC si le frottis n'est pas réalisé

(2) Envoyer cette fiche au pathologiste avec le prélèvement, ou remettez-là à la patiente avec sa prescription

MSB/F - 03-2015-1

RESUME

CONTEXTE : Les généralistes sont au centre de la coordination du dépistage du cancer du col de l'utérus.

OBJECTIFS : Evaluer auprès des généralistes isérois : le retour d'information des résultats des frottis cervicaux utérins (FCU) de dépistage, le taux de FCU effectués, leurs ressentis sur un retour d'information systématique et sur l'impact d'un dépistage organisé en Isère.

METHODE : Etude de prévalence, descriptive des dossiers médicaux. 729 médecins traitants ont été sollicités pour inclure chacun 10 patientes dans les critères d'inclusion du dépistage.

RESULTATS : 78 médecins ont inclus 770 dossiers. 72,4% des dossiers étaient complets (date, résultat et qualité) quand le généraliste a réalisé le dernier FCU, 66,6% quand il a eu du préleveur un retour d'information (6,44% des dossiers) et 5,72% quand il n'a pas été l'effecteur. 98,7% des médecins souhaitent un retour d'information systématique des résultats des FCU, 77,92% le confieraient aux cytologistes et 16,88% aux préleveurs. 85,9% des médecins font des FCU et ils l'ont effectué pour 27,4% des inclusions. La présence d'un dépistage organisé impacterait l'implication de 65,38% des médecins.

CONCLUSION : Voulu par les généralistes, prôné par la HAS, le retour d'information systématique des résultats des FCU auprès des médecins traitants est anecdotique alors que des moyens techniques existent pour le faire. En aidant les généralistes à mieux coordonner ce dépistage, nous pouvons espérer améliorer leur implication qui semble influencée par la présence d'un dépistage organisé. Quels sont les freins à l'organisation de ce retour d'information systématique ?

MOTS CLES : médecine générale, dépistage du cancer du col de l'utérus, dossiers médicaux, coordination des soins

ABSTRACT

TITLE : Evaluation of the information feedback from the results of cervical smears based on screening with the general practitioners of Isère. Survey about descriptive prevalence in a pilot department regarding organized cervical cancer screening.

BACKGROUND: The general practitioners are at the core of cervical cancer screening's coordination.

OBJECTIVES: Evaluate with general practitioners of Isère : the feedback of the results of cervical smears screening, the completed cervical smears rates, their feelings on a systematic feedback and the impact of organized screening in Isère.

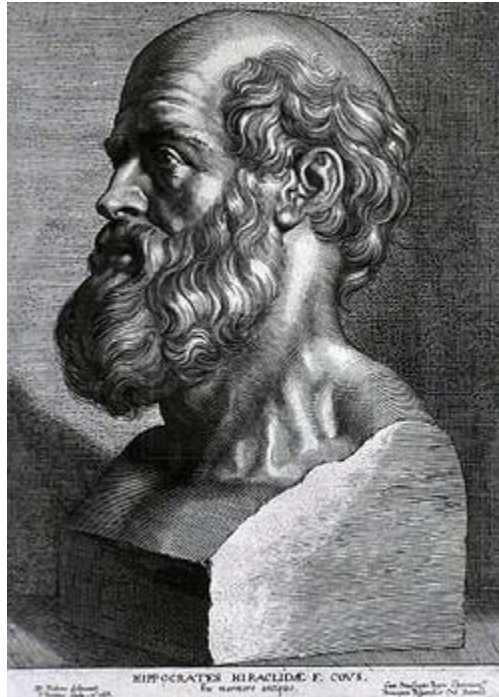
METHOD: Prevalence Study on descriptive medical records. 729 general practitioners were asked to provide 10 patients each on the inclusion criteria for screening.

RESULTS: 78 general practitioners included 770 cases. 72.4% of the records were complete (date, result and quality) when the general practitioner was the last cervical smear doer and 66.6% when he had the sampler feedback (6.44% of cases) against 5.72% of cases when it was not the doer. 98.7% of general practitioners wanted a systematic feedback of cervical smears results, to entrust the 77.92% for cytologists and the 16.88% for samplers. 85.9% of general practitioners make cervical smears and they did it for 27.4% of the inclusions. For 65.38% of general practitioners the presence of a screening program would impact their involvement in it.

CONCLUSION: Wished by general practitioners, recommended by the HAS, the systematic feedback of cervical smears results to referring regular practitioners is anecdotal whereas technical means exist to do it. Helping general practitioners to better coordinate this screening, we hope to improve their involvement that seems to be influenced by the presence of an organized screening. What are the obstacles to the organization of this systematic feedback?

KEYWORDS: family practice, cervical cancer screening, health care system, medical records, health care coordination

SERMENT D'HYPOCRATE



En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HYPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerais jamais un salaire au dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque