



HAL
open science

Examen gynécologique chez les femmes de plus de 65 ans en médecine générale pour le dépistage des cancers gynécologiques, freins et limites : étude qualitative auprès de 20 praticiens

Cyrielle Chéron

► **To cite this version:**

Cyrielle Chéron. Examen gynécologique chez les femmes de plus de 65 ans en médecine générale pour le dépistage des cancers gynécologiques, freins et limites : étude qualitative auprès de 20 praticiens. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01464598

HAL Id: dumas-01464598

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01464598>

Submitted on 10 Feb 2017

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.

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2016

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Par **Cyrielle CHERON**

Née le 13 octobre 1988 à Bernay (27)

Présentée et soutenue publiquement le 6 décembre 2016

Examen gynécologique chez les femmes de plus de 65 ans en médecine générale pour le dépistage des cancers gynécologiques, freins et limites : étude qualitative auprès de 20 praticiens.

Président de Jury : Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Romuald LANGLOIS

Membres du jury : Monsieur le Professeur Frédéric DI-FIORE

Monsieur le Professeur Jean-Christophe SABOURIN

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 - 2016
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>sunombre</i>)	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>sunombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire

Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>sumombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>sumombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie

Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Me Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation Médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mme Rachel MARION-LETELLIER	UFR	Physiologie
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Christine RONDANINO	UFR	Physiologie de la Reproduction
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER	Statistiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie

Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Sandrine DAHYOT	Bactériologie
----------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Souleymane ABDOUL-AZIZE	Biochimie
Mme Hanane GASMI	Galénique
Mme Caroline LAUGEL	Chimie organique
Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL

Pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury de thèse.

Je vous remercie pour vos enseignements reçus au sein de la faculté.

A Monsieur le Professeur Frédéric DI-FIORE

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger mon travail et de participer au jury de ma thèse.

A Monsieur le Professeur Jean-Christophe SABOURIN

Pour l'honneur que vous me faites d'accepter de vous intéresser à mon travail et de siéger au jury de ma thèse.

A Monsieur le Docteur Romuald LANGLOIS

Tu m'as fait l'honneur d'accepter de m'accompagner tout au long de cette thèse. Je te remercie pour ton accompagnement, ta patience, ta disponibilité, ton soutien et tes petites notes d'humour dans les moments difficiles. Je tiens également à te remercier de m'avoir fait partager ton plaisir d'exercer la médecine et de m'avoir transmis tes connaissances avec tant de professionnalisme et d'humanité. Notre rencontre restera l'un des plus beaux moments de mon internat. Merci, tu es un homme et un directeur formidable.

A tous les médecins qui ont accepté de participer à cette étude,

Merci pour l'intérêt qu'ils ont porté à ce sujet, leur gentillesse et le temps précieux qu'ils m'ont accordé.

A mes parents, à mes frères,

Merci d'avoir cru en moi, de m'avoir donné l'opportunité de devenir médecin, d'être présents comme vous l'êtes au quotidien, de m'avoir supportée dans les bons et les mauvais moments. Vous êtes dans mon cœur et je serai toujours là pour vous.

A mes beaux parents, Sylvie et André,

Merci de me soutenir dans tout ce que je fais et de m'avoir donné un mari formidable !

A Amélie et Célia,

Merci de m'avoir encouragée à choisir cette voie et à réaliser mes rêves.

A toi ma petite Laure, et tous mes co-internes,

Merci pour ces grands moments de partage et de fous-rires au cours de ces années d'externat et d'internat.

A mes amis, ma marraine, et toute ma famille,

Pour leur soutien et leurs encouragements pendant toutes ces années.

A Geoffrey,

Pour ton amour, ton soutien, ta patience, pour tous ces petits ou grands moments partagés ensemble, et ceux à venir... Je suis très heureuse et fière de partager ma vie à tes côtés. Je t'aime.

Au Docteur Hautot et au Docteur Monnoye,

Merci pour votre accueil, votre générosité, votre gentillesse. Vous m'avez marqué par votre enthousiasme et votre engagement à l'égard de notre discipline. J'espère poursuivre mon chemin en gardant toujours en mémoire toutes les valeurs et les connaissances que vous m'avez transmises.

Merci, au Docteur Lambany, au Docteur Derrien et au Docteur Le avec qui j'ai eu l'honneur de travailler ainsi qu'aux équipes de gériatrie à Louviers, aux urgences d'Elbeuf, de pédiatrie au CHU de Rouen et de gynécologie à Bernay.

Sommaire

GLOSSAIRE	17
I. INTRODUCTION	18
A. CONTEXTE	19
B. GENERALITES	23
1. Définition du dépistage	23
2. Cancer du sein	24
a) Epidémiologie	24
b) Anatomopathologie.....	25
c) Circonstances de découverte.....	26
d) Dépistage	26
3. Cancer de l’ovaire.....	27
a) Epidémiologie	27
b) Anatomopathologie.....	27
c) Circonstances de découverte.....	28
d) Dépistage	29
4. Cancer du col de l’utérus.....	29
a) Epidémiologie	29
b) Anatomopathologie.....	30
c) Circonstances de découverte.....	30
d) Dépistage	31
5. Cancer de l’endomètre.....	32
a) Epidémiologie	32
b) Anatomopathologie.....	32
c) Circonstances de découverte.....	33
d) Dépistage	33
II. MATERIELS ET METHODES	34
A. OBJECTIFS DE L’ETUDE	35
1. Objectif principal	35
2. Objectifs secondaires	35
B. ETUDE QUALITATIVE	35
1. Elaboration du guide d’entretien	35
2. Lieu de l’étude.....	35
3. Critères d’inclusion et échantillonnage.....	36
4. Paramètres recueillis.....	36
C. ANALYSE	37
III. RESULTATS	38
A. ANALYSE DES CARACTERISTIQUES DE L’ECHANTILLON	39
1. Généralités	39
2. Données épidémiologiques.....	39
a) Age et sexe de la population.....	39
b) Caractéristiques de la patientèle.....	40
c) Durée d’installation.....	41
d) Mode d’exercice	41

e)	Nombre de consultations hebdomadaires	41
f)	Proximité avec un gynécologue.....	41
g)	Evolution du nombre de consultations de gynécologie depuis ces 5 dernières années.....	42
h)	Formation complémentaire des médecins généralistes.....	43
B.	ACTIVITE GYNECOLOGIQUE DE L'ECHANTILLON	44
1.	Généralités	44
2.	En pratique	44
a)	Examen sénologique :	44
b)	Examen gynécologique pelvien	45
C.	PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LE DEPISTAGE DES CANCERS GYNECOLOGIQUES CHEZ LES FEMMES DE PLUS DE 65 ANS.....	46
1.	Prévention et dépistage	46
2.	Médecine générale = Prise en charge globale.....	46
3.	Soins de premier recours	46
4.	Education et information	47
5.	Proximité	47
6.	Relai des gynécologues	47
7.	Coordination et orientation	48
8.	Une des missions du médecin généraliste	48
D.	FREINS POUR LA PATIENTE	49
1.	Convictions et représentations des patientes.....	49
a)	Examen gynécologique par des gynécologues ?.....	49
b)	Tierce personne pour la gynécologie.....	49
c)	Capacités du médecin traitant méconnues.....	50
d)	Consultations chez le médecin traitant en cas de symptômes.....	50
2.	Absence de demandes	50
a)	Manque d'informations	51
b)	Volonté des patientes.....	51
c)	Informations erronées	52
3.	L'influence du médecin	52
a)	Sexe / âge.....	52
b)	Statut du médecin de famille.....	53
c)	Mise en condition	53
d)	Réputation du médecin	54
4.	Facteurs inter-individuels.....	54
a)	Physio-psychologiques.....	54
b)	Religieux	55
c)	Comorbidités, expériences personnelles	56
E.	FREINS POUR LE MEDECIN	57
1.	L'influence de la patiente	57
a)	Antécédents personnels et familiaux	57
(1)	Antécédents gynécologiques	57
(2)	Antécédents généraux	57
(3)	Antécédents familiaux	58
b)	Âge.....	58
c)	Sexualité.....	59
d)	Hygiène.....	59

2.	Facteurs inter-professionnels.....	60
a)	Futilité de l'examen gynécologique pour ces femmes.....	60
b)	Expérience	60
c)	Intérêt pour la gynécologie	60
d)	Formation du praticien	61
e)	Pudeur du médecin.....	61
F.	FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX	63
1.	Durée d'installation.....	63
2.	Proximité du gynécologue.....	63
3.	Équipement	64
4.	Manque de recommandations.....	64
5.	Chronophagie	65
IV.	DISCUSSION	66
A.	LA METHODOLOGIE	67
1.	Enquête qualitative	67
2.	Les entretiens.....	67
3.	L'échantillon	67
B.	LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE	68
C.	COMPARAISON DES RESULTATS AUX DONNEES DE LA LITTERATURE.....	69
1.	Examen gynécologique en pratique chez les femmes de plus de 65 ans.....	69
2.	Place du médecin généraliste	72
3.	Freins pour la patiente	74
4.	Freins pour le médecin.....	78
5.	Influence des facteurs environnementaux.....	81
D.	DISCUSSION SUR LES RECOMMANDATIONS DES EXAMENS DE DEPISTAGE DES CANCERS GYNECOLOGIQUES.....	84
1.	Cancer de l'ovaire.....	85
2.	Cancer de l'endomètre.....	85
3.	Cancer du col de l'utérus.....	86
4.	Cancer du sein	87
E.	PROJETS D'AMELIORATION	91
1.	Améliorer l'information.....	91
2.	Généralisation du dépistage par FCU	92
3.	Consultation dédiée de dépistage.....	93
4.	Améliorer la formation des professionnels.....	94
5.	Auto-prélèvements	95
V.	CONCLUSION.....	97
	BIBLIOGRAPHIE	100
	ANNEXES 1 : Recommandations et conduites à tenir pour le dépistage des cancers	104
	ANNEXES 2 : Guide d'entretien.....	106
	ANNEXES 3 : Entretiens	108

Glossaire

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners

FCU : Frottis-Cervico-Utérin

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

FMC : Formation Médicale Continue

DIU : Diplôme-Inter-Universitaire

HPV : Papilloma Virus Humain

HPST : Hôpital Patients Santé Territoire

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

TCEM : Troisième Cycle d'Etudes Médicales

ORS : Observatoire Régional de la Santé

ACOG : American College of Obstetricians-Gynecologist

ECOS : Examen Clinique Objectif Structuré

TV : Toucher Vaginal

I. INTRODUCTION

A. CONTEXTE

Selon la WOMCA (société européenne de médecine générale), la médecine générale est le premier contact avec le système de soins prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge et du sexe (1). Le médecin généraliste prend en charge les maladies aiguës, le suivi des pathologies chroniques, et mène des missions de prévention et de dépistage.

Compte tenu de la décroissance démographique des gynécologues, le médecin généraliste sera amené à prendre en charge le suivi gynécologique, et le dépistage des cancers chez les femmes.

En 2013, une étude qualitative a analysé la pratique gynécologique en médecine générale (2). Les médecins généralistes estimaient que la prévention et le dépistage faisaient partie de leur mission dans ce domaine. L'examen gynécologique s'intègre donc dans leurs pratiques quotidiennes. Il comprend la palpation mammaire, l'examen au spéculum, les Frottis-Cervico-Utérins (FCU), le Toucher Vaginal (TV), la prescription de bilans biologiques et de mammographie.

En France, depuis la deuxième moitié du XX^{ème} siècle, on note un vieillissement de la population générale. Ainsi, au 1er janvier 2015, la proportion de personnes âgées (population des personnes de 65 ans et plus selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)) atteint 18,3 % de l'ensemble de la population (3). Une évolution qui ne cessera de croître puisque selon les projections démographiques en 2040, 25,6 % des français auront plus de 65 ans (4).

La gynécologie est particulièrement concernée par ce vieillissement puisque 57,4 % des personnes de plus de 65 ans sont des femmes (3)

Les pathologies que les médecins généralistes prendront en charge évolueront. Le dépistage de pathologies cancéreuses, des troubles de la statique pelvienne et de l'incontinence urinaire seront donc prépondérant au même titre que les motifs de consultation de la jeune femme tels que la découverte, le suivi d'une grossesse et la contraception.

Les principaux cancers gynécologiques pouvant toucher la femme de plus de 65 ans sont les suivants :

- le cancer du sein ;
- le cancer de l'endomètre ;
- le cancer du col utérin ;
- le cancer de l'ovaire.

L'âge moyen de découverte de la majorité de ces cancers gynécologiques se situe autour de 65 ans comme l'indique le tableau ci-dessous (5).

	Cancer du sein	Cancer de l'ovaire	Cancer de l'endomètre	Cancer du col de l'utérus
Age moyen de découverte	63 ans	65 ans	68 ans	51 ans

Tableau 1 : Age moyen de découverte en fonction du cancer.

Les cancers du sein et du col de l'utérus disposent d'un test de dépistage.

Depuis 2004, les femmes de 50 à 74 ans, sans facteur de risque particulier, peuvent bénéficier d'une mammographie tous les 2 ans afin de dépister des anomalies radiologiques orientant vers un cancer du sein.

Le taux de participation des femmes à ce test de dépistage atteint 52,1 % en 2014 pour un objectif national à 80 % de la population cible (60,6 % en Seine-Maritime contre 55,7 % dans l'Eure) (6).

Un examen clinique mammaire annuel est recommandé en complément des mammographies de dépistage pour rechercher d'éventuels cancers à croissance rapide ou pouvant passer inaperçus à la mammographie (7).

Un second test de dépistage, individuel, est disponible pour le cancer du col de l'utérus. Le FCU est préconisé pour les femmes de 25 à 65 ans selon la Haute Autorité de Santé (HAS) (8). Une étude récente avait pour objectif de caractériser la population non participante au dépistage. Le taux de dépistage par FCU est le plus faible pour les femmes de 55 à 65 ans (9).

Age	2007 - 2009
25 – 34 ans	59,6 %
35 – 44 ans	67,1 %
45 – 54 ans	60,1 %
55 – 65 ans	46,4 %

Tableau 2 : Taux de dépistage par FCU de 2007 à 2009 en fonction de l'âge (9).

Selon une enquête multicentrique réalisée de 2002 à 2005, les FCU restent utiles après 65 ans. En effet, 11,3 % des anomalies pré-cancéreuses des FCU concernaient des femmes de plus de 65 ans, et 11,3 % des anomalies cancéreuses touchaient également des femmes de plus de 65 ans (10).

En janvier 2016, l'Institut National contre le Cancer sensibilise les médecins généralistes sur le dépistage du cancer du col de l'utérus en particulier dans cette tranche d'âge (11).

Compte tenu de ces données et de l'absence de test de dépistage disponible pour les cancers de l'endomètre et de l'ovaire, un examen gynécologique minutieux et régulier paraît justifié et nécessaire. Considérant la démographie médicale notamment gynécologique, le médecin généraliste joue un rôle majeur dans le dépistage chez ces femmes.

L'objectif de ce travail est de décrire la pratique de l'examen gynécologique des médecins généralistes pour le dépistage des cancers gynécologiques chez les femmes de plus de 65 ans et de recenser les difficultés et les limites rencontrées par ces praticiens.

B. GENERALITES

1. Définition du dépistage

Selon l'OMS (12), la prévention est définie comme l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps. Elle distingue 3 types de prévention :

- la prévention primaire : c'est l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc si possible réduire l'apparition de nouveaux cas en agissant sur les causes. On intervient avant l'apparition de la maladie.
- La prévention secondaire cherche à diminuer la prévalence d'une maladie dans la population. L'objectif est de diagnostiquer une pathologie avant l'apparition des signes cliniques, au stade précoce de la maladie, afin de s'opposer à son évolution.
- La prévention tertiaire intervient une fois la pathologie installée. Elle a pour but de limiter les complications liées aux traitements, les récives et les séquelles de la maladie.

Le dépistage des cancers fait donc partie de la prévention secondaire. Il permet la détection de lésions potentiellement malignes à un stade prématuré ou même pré-invasif parmi une population de personnes qui présentent une forte probabilité de cancer. Le bénéfice principal recherché est la mise en place d'un traitement précoce et le plus efficace possible. On cherche donc à réduire la mortalité spécifique liée à ce cancer dans la

population. Son efficacité repose sur des évaluations multiples concluant à une mesure de la balance bénéfiques / risques.

Un dépistage peut faire l'objet d'une organisation nationale permettant d'assurer les invitations, les relances, la qualité des examens effectués et l'évaluation sur l'efficacité du dépistage. C'est actuellement le cas pour le dépistage du cancer du sein.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus fait l'objet, quant à lui, d'un dépistage individuel. Il s'effectue de façon individuelle sur prescription d'un médecin qui assure le suivi des résultats et les décisions de poursuivre ou non les investigations (13).

2. Cancer du sein

a) Epidémiologie

En France, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. En 2012, on estimait le nombre de nouveaux cas à 48 763 (14).

Age	Nombre de nouveaux cas de cancer du sein en 2012
65 - 69 ans	6 432 (13.2 %)
70 - 74 ans	4 317(8,8 %)
75 - 79 ans	3 750 (7.7 %)
80 - 84 ans	3 556 (7.3 %)
85 - 89 ans	2 861 (5.9 %)
90 ans et plus	1 452 (3 %)
TOTAL	48 763

Tableau 3 : Incidence du cancer du sein selon l'âge en France chez les femmes de plus de 65 ans en 2012 (15).

L'âge médian du diagnostic était de 62 ans en 2012. Les données montrent que 46 % des nouveaux cas sont diagnostiqués chez les femmes de plus de 65 ans dont 24 % chez les femmes de plus de 75 ans. Parallèlement, la mortalité liée au cancer du sein diminue pour atteindre 15,7 cas pour 100 000 femmes. Il reste malgré tout le cancer avec le taux de mortalité le plus important chez la femme. Le cancer du sein est l'une des causes principales de mortalité chez la femme de plus de 65 ans.

Le cancer du sein bénéficie d'un pronostic à long terme favorable, d'autant plus s'il est diagnostiqué de manière précoce. En effet, la survie moyenne à 5 ans est estimée à 87 % et 76 % à 10 ans (16). Ce pronostic est aussi favorable pour les femmes âgées que celui des femmes jeunes. En 2005, la survie à 5 ans était de 86,6 % chez les femmes de plus de 65 ans et de 84,2 % chez les femmes de moins de 65 ans (17).

b) Anatomopathologie

Les cancers du sein sont le plus souvent issus de l'épithélium glandulaire du sein. Ceux sont majoritairement des adénocarcinomes intra-canalaires, parfois lobulaires. Leur développement est d'abord *in situ*, puis invasif, avec une extension vers les ganglions axillaires. On note une précocité des métastases dans le cancer du sein, souvent à un stade infra-clinique de la maladie.

Les sites métastatiques les plus fréquents sont les ganglions axillaires, les os, le poumon et le foie (18).

c) Circonstances de découverte

Le diagnostic de cancer du sein peut être suspecté :

- dans le cadre :
 - du dépistage organisé mammographique ;
 - du dépistage individuel, au cours de l'examen clinique mammaire annuel, ou de l'autopalpation ;
- devant l'apparition :
 - d'une tuméfaction mammaire ;
 - d'un placard inflammatoire ;
 - d'une anomalie mamelonnaire (rétraction, écoulement) ;
 - d'une adénopathie ou métastase (18).

d) Dépistage

En France, depuis 2004, un programme de dépistage organisé et national du cancer du sein a été mis en place. Il repose sur la réalisation d'une mammographie bilatérale et comparative sous 2 incidences, avec double lecture, tous les 2 ans.

Il est proposé aux femmes âgées de 50 à 74 ans ne présentant pas de facteur de risque important (19).

Un dépistage individuel peut être réalisé sur prescription médicale. Il concerne les femmes ayant des antécédents familiaux de cancer du sein précoce ou agressif, des maladies génétiques familiales avec les mutations BRCA 1 et 2. On estime entre 10 et 15 % la part des femmes concernées effectuant un dépistage individuel (6).

3. Cancer de l’ovaire

a) Epidémiologie

Le cancer de l’ovaire est la septième cause de cancer chez la femme avec 4 615 nouveaux cas estimés en 2012. L’âge médian du diagnostic est de 65 ans.

Age	Nombre de nouveaux cas de cancer de l’ovaire en 2012
65 - 69 ans	581 (12,6 %)
70 - 74 ans	504 (10,9 %)
75 - 79 ans	546 (11,8 %)
80 - 84 ans	478 (10,4 %)
85 - 89 ans	307 (6,7 %)
90 ans et plus	150 (3,3 %)
TOTAL	4 615

Tableau 4 : Incidence du cancer de l’ovaire selon l’âge en France chez les femmes de plus de 65 ans en 2012 (15).

Le cancer de l’ovaire est la quatrième cause de décès par cancer chez la femme avec 3 140 décès en 2012.

La vitesse d’évolution des cancers de l’ovaire est mal connue. Certains possèdent une longue période de latence clinique propice à un diagnostic précoce. D’autres évoluent rapidement (5).

Le pronostic du cancer de l’ovaire est sombre, la survie à 5 ans est estimée à 46 % (20).

b) Anatomopathologie

Plus de 90 % des cancers de l’ovaire chez l’adulte sont des cancers épithéliaux, des adénocarcinomes. Le plus fréquent est le cystadénocarcinome de type séreux.

Les cancers de l'ovaire s'étendent essentiellement par voie péritonéale et lymphatique. Les cellules tumorales se fixent sur la surface du péritoine pour former des nodules tumoraux et une carcinose péritonéale. L'extension par voie hématogène avec risque de métastases est plus rare (18).

c) Circonstances de découverte

Le diagnostic peut être évoqué à un stade précoce en l'absence de symptôme devant une masse annexielle découverte dans le cadre d'un examen gynécologique ou d'une échographie.

Le plus souvent néanmoins, avec une symptomatologie tardive, le diagnostic est évoqué alors que le cancer est à un stade avancé, du fait d'une dissémination rapide.

Le cancer de l'ovaire doit être suspecté et conduire à un examen gynécologique complet devant :

- un simple inconfort abdominal ;
- des douleurs pelviennes ou abdominales ;
- une augmentation progressive du volume abdominal due à une masse ou à une ascite ;
- des métrorragies ;
- des pertes vaginales anormales ;
- des symptômes de compression abdomino-pelvienne : troubles du transit, sub-occlusion, faux besoins, symptômes urinaires (impériosités, pollakiurie) ;
- plus rarement, un œdème d'un membre inférieur, une phlébite ou une sciatgie par compression veineuse ou radiculaire ;

- une dyspnée qui peut être en rapport avec un épanchement pleural ;
- une douleur thoracique ;
- ou bien une altération de l'état général (20).

Le praticien, pour être systématique, doit avoir recours à l'examen gynécologique régulièrement et rapidement pour éliminer un cancer de l'ovaire.

d) Dépistage

Aucun dépistage n'est disponible pour ce cancer.

4. Cancer du col de l'utérus

a) Epidémiologie

Le cancer du col de l'utérus est le 10^{ème} cancer de la femme en France. Il touche 3 000 femmes environ chaque année.

Age	Nombre de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus en 2012
65 - 69 ans	175 (5,8 %)
70 - 74 ans	126 (4,1 %)
75 - 79 ans	137 (4,5 %)
80 - 84 ans	136 (4,5 %)
85 - 89 ans	111 (3,7 %)
90 ans et plus	60 (2 %)
TOTAL	3 028

Tableau 5 : Incidence du cancer du col de l'utérus en France selon l'âge chez les femmes de plus de 65 ans en 2012 (15).

L'incidence est exceptionnelle avant 25 ans, puis elle augmente progressivement. L'âge médian du diagnostic était de 62 ans en 2012.

Les données montrent que 25 % des nouveaux cas sont diagnostiqués chez les femmes de plus de 65 ans. La mortalité liée au cancer du col de l'utérus a fortement diminué avec le dépistage organisé, avec un taux de survie de 70 % à 5 ans.

b) Anatomopathologie

La majorité des cancers du col utérin sont des carcinomes :

- les carcinomes épidermoïdes développés à partir de l'épithélium malpighien de l'exocol concernent 80 à 90 % des cancers du col de l'utérus (21).
- les adénocarcinomes se développant à partir de l'épithélium cylindrique qui recouvre le canal endocervical ou endocol représentent 10 à 20 % de ces cancers.

Le cancer du col a une évolution lente. L'extension des cancers du col est surtout loco-régionale et lymphatique. Il peut envahir le vagin, l'appareil urinaire (uretère, vessie) et l'appareil digestif (rectum). Les métastases viscérales sont très tardives.

c) Circonstances de découverte

Le diagnostic de cancer du col utérin peut être porté à un stade précoce en dehors de tout symptôme, dans le cadre d'un dépistage par examen gynécologique et réalisation d'un FCU.

Il peut également être évoqué devant :

- des métrorragies de sang rouge, indolores, provoquées par un rapport sexuel ;
- des métrorragies spontanées ;
- des dyspareunies ;
- des leucorrhées ;
- des douleurs pelviennes, une dysurie ;
- des douleurs lombaires par compression urétérale (21).

d) Dépistage

Le dépistage du cancer du col de l'utérus repose sur un test cytologique : le Frottis-Cervico-Utérin.

La réalisation d'un FCU est préconisée entre 25 et 65 ans chez les femmes, vaccinées ou non contre le papillomavirus. Le rythme des frottis-cervico-utérins préconisé est de 3 ans après deux frottis normaux à un 1 an d'intervalle.

Le taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus a été estimé à 58% en 2007-2009. Le taux de couverture diminue de 50 % après 50 ans (22).

L'HAS, en 2010, préconisait de proposer un FCU de dépistage après 65 ans aux femmes dans les cas suivants :

- impossibilité de vérifier si les deux derniers frottis qui ont été faits chez ces femmes étaient normaux ;
- absence de suivi gynécologique régulier et aucun frottis identifié dans les 3 dernières années ayant précédé l'âge de sortie du dépistage (22).

5. Cancer de l'endomètre

a) Epidémiologie

Le cancer de l'endomètre est le cancer gynécologique pelvien le plus fréquent en France. Son taux d'incidence en France s'estimait à 7 275 nouveaux cas en 2012.

C'est un cancer qui survient le plus souvent en post-ménopause. L'âge moyen lors du diagnostic est 68 ans. Soixante-quatre pour cent des cancers de l'endomètre touchent des femmes de plus de 65 ans.

C'est un cancer de bon pronostic puisque la survie relative est de 76 % environ à 5 ans. En cas de forme localisée, elle passe à 95 % (23).

Age	Nombre de nouveaux cas de cancer de l'endomètre en 2012
65 - 69 ans	1 128 (15,5 %)
70 - 74 ans	1 030 (14,1 %)
75 - 79 ans	1 016 (14 %)
80 - 84 ans	814 (11,2 %)
85 - 89 ans	479 (6,6 %)
90 ans et plus	205 (2,8 %)
TOTAL	7 275

Tableau 6 : Incidence du cancer de l'endomètre selon l'âge chez les femmes de plus de 65 ans en France en 2012 (15).

b) Anatomopathologie

Dans 90 % des cas, il s'agit d'un adénocarcinome. Les 10 % restant sont des types histologiques rares.

Le cancer du corps utérin naît le plus souvent au niveau du fond utérin ou de la corne utérine. Son évolution est longtemps loco-régionale : il se développe localement de façon prolongée puis s'étend vers le col et enfin, pénétration lente vers le myomètre. Sa dissémination extra-utérine est tardive vers les chaînes ganglionnaires, puis envahissement du vagin, des annexes et du péritoine. Les métastases sont rares (18).

c) Circonstances de découverte

Le cancer de l'endomètre est la principale cause à évoquer devant :

- des métrorragies post-ménopausiques, spontanées, indolores, irrégulières ;
- Des leucorrhées purulentes, fétides ou séreuses peuvent être retrouvées et accompagnées généralement de pertes sanguines ;
- Les douleurs pelviennes sont révélatrices le plus souvent d'un stade avancé, ainsi que des cystites à répétition (23).

d) Dépistage

Il n'existe actuellement pas de test de dépistage reconnu pour le cancer de l'endomètre.

II. MATERIELS ET METHODES

A. OBJECTIFS DE L'ETUDE

1. Objectif principal

Recueillir les facteurs influençant la pratique de l'examen gynécologique en cabinet de médecine générale chez les femmes de plus de 65 ans.

2. Objectifs secondaires

Discuter les recommandations des dépistages.

Proposer des modifications pour améliorer le suivi de ces femmes.

B. ETUDE QUALITATIVE

Nous avons réalisé une étude transversale, observationnelle qualitative basée sur des entretiens semi-dirigés auprès de 20 médecins généralistes de mars à mai 2016.

1. Elaboration du guide d'entretien

En fonction de la bibliographie connue sur les déterminants de la pratique gynécologique en médecine générale et de notre question de recherche, nous avons élaboré un guide d'entretien.

2. Lieu de l'étude

Notre étude a été réalisée dans les départements de l'Eure et de Seine-Maritime dans la région de Normandie.

3. Critères d'inclusion et échantillonnage

L'inclusion des médecins généralistes s'est effectuée en fonction de leur accord et de leur disponibilité.

Nous avons sélectionné 20 médecins selon leurs modes d'exercice et leurs caractéristiques démographiques pour réaliser un échantillon hétérogène raisonné, diversifié, non représentatif de la population.

Le médecin généraliste est contacté par téléphone afin de programmer un rendez-vous à son cabinet par entretien direct.

Les entretiens ont été effectués par le même enquêteur. Ils ont été réalisés dans des conditions optimales le jour et l'heure convenus.

Les entretiens ont été enregistrés dans leur intégralité après l'accord des praticiens.

4. Paramètres recueillis

Le guide d'entretien a été réalisé pour mettre en évidence différents aspects permettant de répondre aux objectifs fixés par l'étude :

- Les données socio-démographiques et les parcours professionnels tels que :
 - l'âge du médecin traitant ;
 - le sexe ;
 - son année et mode d'installation ;
 - les caractéristiques de la patientèle, à savoir population rurale ou urbaine, proportion de femmes de plus de 65 ans ;
 - son éventuelle proximité avec un gynécologue ;
 - son nombre d'actes par semaine en général ;

- une formation complémentaire en gynécologie ou en gériatrie et enfin la participation éventuelle à des Formations Médicales Continues (FMC).
- Les données concernant la pratique gynécologique au cabinet du médecin généraliste : étapes de l'examen gynécologique chez la femme de plus de 65 ans pour le dépistage des cancers gynécologiques, facteurs influençant cette pratique par l'intermédiaire de questions ouvertes.

C. ANALYSE

La première étape de l'analyse a été la retranscription écrite de l'ensemble des enregistrements afin de permettre une vision globale.

Nous avons étudié les résultats par l'intermédiaire d'un tableau Excel décrivant la population des médecins traitants. Les résultats des données quantitatives sont présentés sous forme de moyennes, de médianes et d'extrêmes.

L'avis des médecins généralistes obtenu par l'intermédiaire des questions ouvertes a été analysé selon le modèle classique des études qualitatives. Le verbatim est défini par l'ensemble des mots et des phrases employés par l'échantillon d'une étude qualitative lors des entretiens. Il est décontextualisé puis codé sous forme d'idée. Chaque contenu de code est défini précisément. Un tableau à 3 colonnes est réalisé. Il comprend le code, la définition du code et le verbatim correspondant. Les codes sont ensuite amalgamés et recontextualisés puis organisés et résumés en thèmes. Ces derniers permettront d'analyser et d'évoquer des hypothèses quant à la pratique de l'examen clinique gynécologique des médecins généralistes pour le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans.

III. RESULTATS

A. ANALYSE DES CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

1. Généralités

Vingt-cinq médecins généralistes installés ont été inclus. Vingt ont répondu positivement à l'entretien. Les motifs de refus évoqués étaient un manque de temps ou un manque d'intérêt sur la thématique.

Les entretiens se sont déroulés du 26 avril 2016 au 15 juillet 2016. L'ensemble des entretiens s'est réalisé en direct au cabinet. La durée minimale d'entretien était de 6 minutes 36 secondes. La durée maximale était de 14 minutes et 53 secondes. Selon la méthode d'une analyse qualitative, la saturation des données est atteinte lorsque les données recueillies et leur analyse ne fournissent plus d'éléments nouveaux à la recherche en cours.

2. Données épidémiologiques

a) Age et sexe de la population

La population étudiée est composée de 9 femmes et de 11 hommes. La moyenne d'âge est de 42,8 ans et la médiane de 42 ans. L'âge minimum était de 28 ans, l'âge maximum de 64 ans.

La répartition des médecins généralistes en fonction de l'âge et du sexe est présentée dans le tableau suivant :

Age / Sexe	Femmes	Hommes	TOTAL
Moins de 30 ans	2	1	3
30 - 39 ans	3	3	6
40 - 49 ans	2	3	5
50 - 59 ans	1	2	3
60 ans et plus	1	2	3
TOTAL	9	11	20

Tableau 7 : Répartition des médecins généralistes en fonction de l'âge

b) Caractéristiques de la patientèle

La répartition des médecins de notre échantillon en fonction du milieu d'exercice est représentée dans la figure suivante.

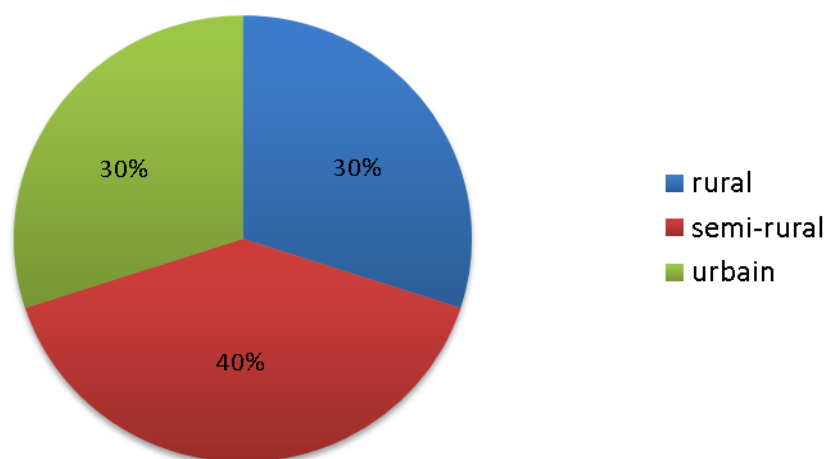


Figure 1 : Répartition des médecins en fonction de leur milieu d'exercice.

La proportion de femmes âgées de plus de 65 ans estimée par le médecin traitant dans la patientèle de notre échantillon est comprise entre 10 et 20 %.

c) Durée d'installation

La moitié des médecins de notre échantillon est installée depuis plus de 10 ans.

d) Mode d'exercice

Quatre médecins exercent seuls, 16 exercent en cabinet de groupe.

e) Nombre de consultations hebdomadaires

Les médecins de l'étude réalisaient en moyenne 117 consultations par semaine.

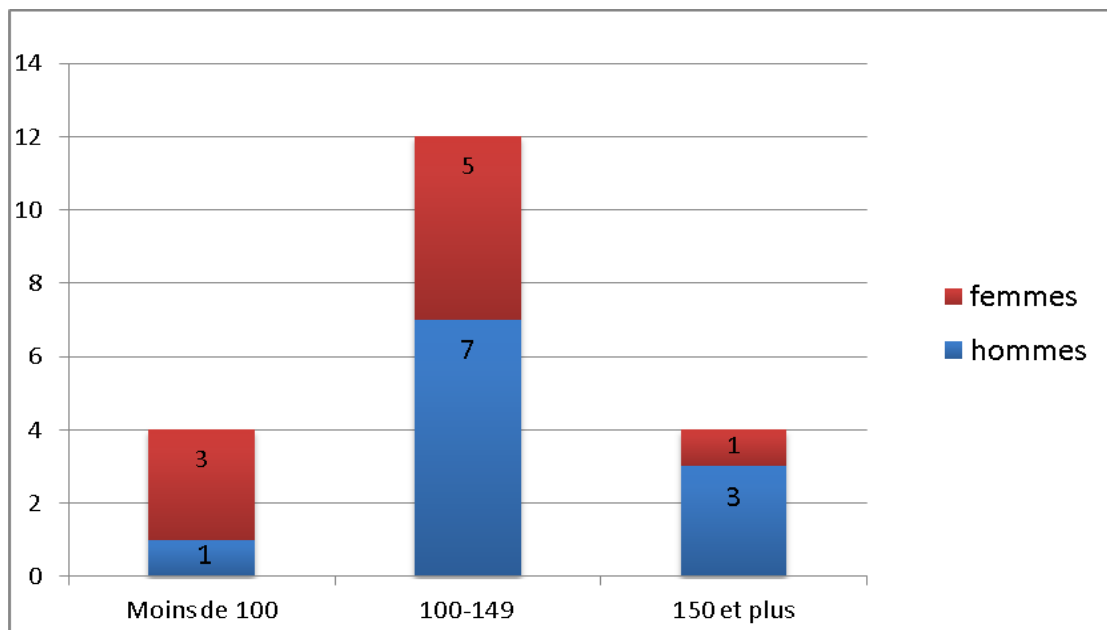


Figure 2 : Répartition du nombre de consultations en fonction du sexe du médecin.

f) Proximité avec un gynécologue

La moitié de notre échantillon déclare avoir un gynécologue à proximité de leur cabinet.

g) Evolution du nombre de consultations de gynécologie depuis ces 5 dernières années

Compte tenu de la diminution du nombre de gynécologues libéraux, nous avons suivi l'évolution des consultations de gynécologie dans leur cabinet depuis ces 5 dernières années. Dans notre échantillon, le recueil a été réalisé pour les femmes de moins de 65 ans et les femmes de plus de 65 ans.

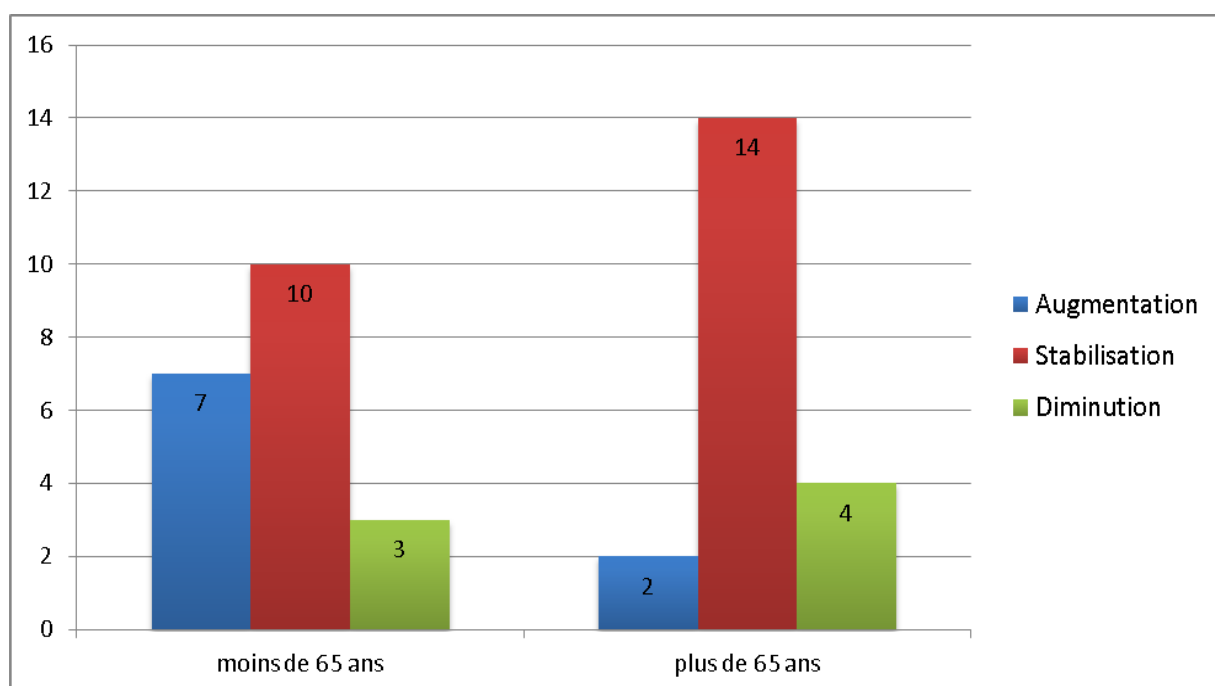


Figure 3 : Evolution du nombre de consultations de gynécologie depuis les 5 dernières années en fonction de l'âge des patientes.

Ainsi, nous pouvons constater qu'il y a une demande gynécologique croissante pour les femmes de moins de 65 ans mais non retrouvée pour les femmes de plus de 65 ans dans notre échantillon.

h) Formation complémentaire des médecins généralistes

Quatre-vingt pour cent des médecins interrogés suivent une formation médicale continue. Quatre des médecins estiment avoir une formation complémentaire en gynécologie. Il y a deux types de formation évoqués dans notre étude : les Diplômes-Inter-Universitaires (DIU) de gynécologie médicale et obstétrique et les stages en gynécologie au cours de l'internat. Deux des médecins interrogés sont formés par l'intermédiaire d'un stage et 2 par le biais d'un DIU. Ces médecins sont des femmes.

Trois médecins déclaraient avoir une formation complémentaire en gériatrie (1 au cours de l'internat et 2 avec un DIU de gériatrie).

B. ACTIVITE GYNECOLOGIQUE DE L'ECHANTILLON

1. Généralités

Dans notre échantillon, 74 % des médecins interrogés réalisent des consultations de gynécologie au cabinet. Les 5 médecins déclarant ne pas faire, ou que très rarement des consultations de gynécologie sont des hommes.

Les principales raisons évoquées sont :

- un manque d'intérêt pour la gynécologie pour deux d'entre eux ;
- un manque de formation ;
- un manque de demande et/ou une réticence des femmes devant le sexe opposé du praticien ;
- la présence d'une collègue féminine au sein du cabinet ou à proximité ;
- une pudeur de la part du médecin.

2. En pratique

Quarante-cinq pour cent (5 femmes et 4 hommes) des médecins déclarent proposer régulièrement la réalisation d'un examen gynécologique aux femmes de plus de 65 ans.

a) Examen sénologique :

Concernant l'examen clinique mammaire de notre échantillon :

- Quatorze médecins réalisent régulièrement une inspection et une palpation mammaire chez leurs patientes ;
- Une palpation est pratiquée, pour 4 des médecins interrogés, si signes cliniques ;

- Enfin, deux praticiens ne réalisent pas cet examen.

La totalité de notre échantillon déclare veiller à la réalisation des mammographies.

b) Examen gynécologique pelvien

L'examen gynécologique, réalisé chez les femmes de plus de 65 ans dans notre échantillon est présenté dans la figure ci dessous.

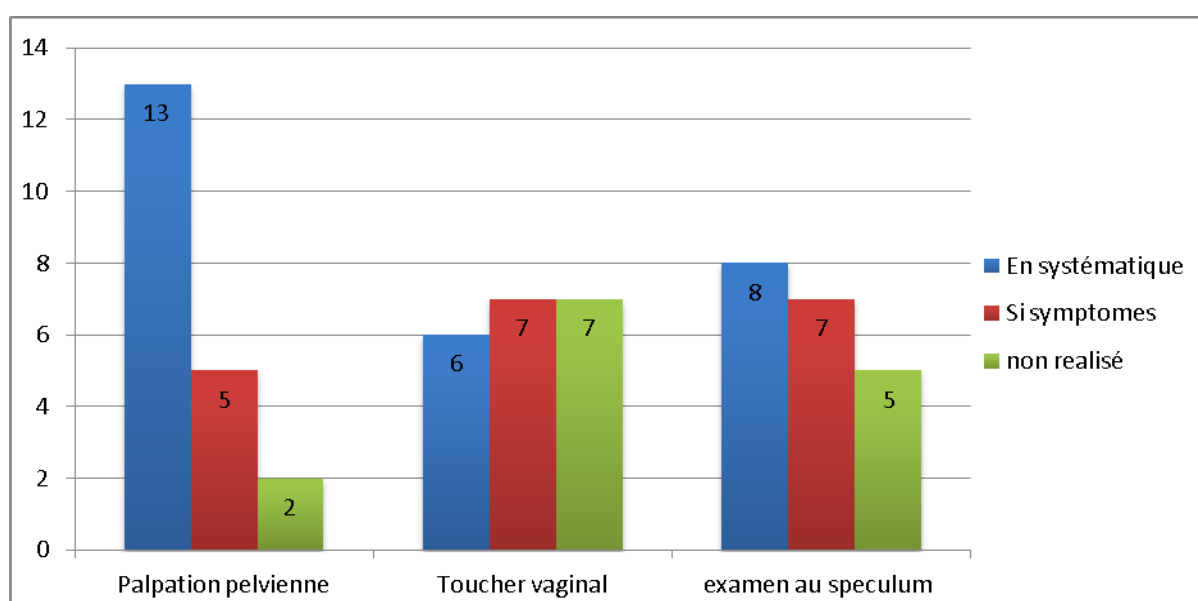


Figure 4 : Réalisation de l'examen gynécologique pelvien de notre échantillon.

Concernant les FCU :

- Onze médecins jugent nécessaire de poursuivre le dépistage pour les femmes de plus de 65 ans. Cinq d'entre eux adressent les femmes au laboratoire et 6 les réalisent au cabinet.
- Trois des praticiens poursuivent le dépistage en cas d'antécédents anormaux des frottis précédents ou si changement de partenaire récent.
- Six médecins ne réalisent pas de FCU pour ces patientes.

C. PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LE DEPISTAGE DES CANCERS GYNECOLOGIQUES CHEZ LES FEMMES DE PLUS DE 65 ANS

L'ensemble des médecins interrogés estime que le dépistage des cancers gynécologiques chez les femmes de plus de 65 ans fait partie de la mission du médecin généraliste.

Plusieurs raisons ont été évoquées :

1. Prévention et dépistage

Plusieurs médecins attestent que la prévention et le dépistage chez ces femmes font partie de leurs pratiques comme n'importe quel autre dépistage « qu'il soit gynécologique ou autres » (M13), et ce quelque soit l'âge des patientes.

Selon le M17, cela « doit être fait dans un but de prévention qui fait totalement partie du métier de médecin généraliste ».

2. Médecine générale = Prise en charge globale

Le M17 pense que ce dépistage s'intègre en médecine générale « parce c'est une prise en charge globale, qui fait partie de mon métier ».

3. Soins de premier recours

Ils le justifient également par leur position en soins primaires : « On est le premier recours, la première ligne pour le dépistage ».

4. Education et information

Pour M8, le médecin généraliste a sa place dans le dépistage des cancers gynécologiques afin « de proposer et d'informer les gens ».

L'information de la patiente est capitale comme nous le souligne le M1 : « si le médecin traitant n'est pas là pour appeler au dépistage [...] du cancer par frottis, elles ne le font plus ».

D'après M13, le médecin généraliste est responsable de « l'éducation auprès des gens pour faire de l'autopalpation ».

L'éducation est d'autant plus importante que le plus souvent chez ces femmes, le suivi gynécologique est quasi inexistant car « elles ne voient pas d'intérêt à voir le gynécologue » (M12).

5. Proximité

Pour M15, le dépistage s'intègre parfaitement en médecine générale par cette proximité relationnelle mais également géographique : « on les connaît et on les voit régulièrement », argument relevé également par M16 « c'est nous qui les voyons le plus, on est les plus proches ».

6. Relai des gynécologues

L'évolution démographique des gynécologues est connue des praticiens interrogés : « la gynécologie médicale est amenée à disparaître » (M15).

Une partie des médecins interrogés adapte leur activité en fonction « du fait qu'il y ait de moins en moins de gynéco de ville » (M13). Ils sont « plus amenés à faire de la gynéco », et ont « de plus en plus leur place car il y a de moins en moins de gynécologues » (M18).

7. Coordination et orientation

Certains médecins de notre échantillon ne réalisent pas d'examen gynécologique mais interviennent dans le dépistage des cancers gynécologiques en adressant les patientes vers d'autres professionnels de santé. Le médecin « leur prescrit un frottis à aller faire au laboratoire, il y a un laboratoire juste à côté » (M1).

8. Une des missions du médecin généraliste

Pour certains d'entre eux, le dépistage des cancers gynécologiques « est de la médecine générale à part entière » (M19).

Cette mission « fait partie de leurs formations et de leurs prérogatives comme n'importe quel dépistage, n'importe quel acte clinique » (M10).

Plusieurs médecins rappellent qu'il s'agit d'un « dépistage facile à faire et qui ne nécessite pas de consultation spécialisée » (M15).

D. FREINS POUR LA PATIENTE

1. Convictions et représentations des patientes

a) Examen gynécologique par des gynécologues ?

Les femmes selon plusieurs médecins « ne sont pas habituées à ce que ce soit un médecin généraliste qui fasse l'examen gynécologique » (M7).

Comme nous le confirme un deuxième médecin, les femmes pensent que « la gynécologie est réservée aux gynécologues » (M18), donc à un médecin spécialisé malgré une information éclairée.

Par habitude, « si elles ont été suivies par un gynécologue, elles vont vouloir poursuivre avec un gynécologue, et ne pas être suivie par un médecin traitant » (M16). Ces difficultés sont principalement retrouvées pour les femmes de « la génération 65 ans qui ont quasiment toutes connu un gynécologue, donc elles ont beaucoup plus de difficultés à se laisser examiner par leur médecin généraliste » (M2).

b) Tierce personne pour la gynécologie

Dans d'autres cas, il ne s'agit pas de consulter un spécialiste mais un interlocuteur différent pour dissocier le suivi gynécologique du suivi médical : « certaines femmes préfèrent voir quelqu'un de différent pour la gynécologie que pour le reste » (M15). Cette tierce personne pouvant être une sage-femme ou un médecin généraliste sachant que « les femmes aiment bien que ce soit séparé » (M11).

c) Capacités du médecin traitant méconnues

Les capacités du médecin généraliste à réaliser des examens gynécologiques ne sont pas connues des femmes : « elles sont étonnées » d'apprendre que le médecin généraliste peut réaliser un suivi gynécologique (M1).

Cette idée est confirmée par une deuxième praticienne : « plein (de femmes) sont troublées du fait que les généralistes peuvent le faire » (M12).

Plusieurs médecins utilisent différents moyens afin d'informer leur patientèle sur leurs aptitudes comme « l'afficher en salle d'attente », avec les tarifs afin de « montrer que le suivi gynécologique est possible au cabinet » (M15).

d) Consultations chez le médecin traitant en cas de symptômes

Pour la population, on consulte le médecin traitant que lorsque nous avons une plainte et des symptômes : « Elles vont voir leur médecin traitant quand elles sont malades. Ce (le dépistage) n'est pas rentré dans l'esprit des gens » (M11).

Une demande n'est formulée que dans un but curatif en médecine générale : « quand ça va mal, une métrorragie, un nodule du sein mais pas dans la prévention en tout cas. Quand il y a un problème, un symptôme, [...] elles demandent » (M17).

2. Absence de demandes

La demande concernant le dépistage des cancers gynécologiques chez les femmes de plus de 65 ans est faible. Les médecins justifient cette tendance pour plusieurs raisons :

a) Manque d'informations

En effet, les femmes de plus de 65 ans ne se font pas dépister car elles ne sont pas informées qu'il faut poursuivre les examens gynécologiques : « elles ne sont pas du tout au courant, sauf pour la mammographie » (M12).

Elles n'ont pas connaissance, selon les médecins de notre étude, des limites d'âge pour le dépistage des cancers gynécologiques : concernant les « frottis et la mammographie, elles ont plus ou moins en tête que c'est tous les 2 ans, mais les limites, elles ne savent pas trop » (M11).

Selon l'un des médecins, « la publicité était très explicite sur une période donnée et cela a complètement été aux oubliettes ensuite » (M18), ou sélective « par contre pour le sein, elles sont plutôt bien informées, il y a plein de campagnes de publicité comme DECADE (Association pour le dépistage organisé du cancer du sein dans l'EURE) avec les courriers » (M19).

b) Volonté des patientes

Dans certains cas, les patientes « sont informées, mais ne veulent pas se faire dépister » (M20).

La non-sollicitation par le médecin est souhaitée par les patientes selon l'un des médecins : « En règle générale, si elles peuvent y échapper, elles y échappent » (M2).

c) Informations erronées

Régulièrement, les femmes estiment que la ménopause met fin au suivi gynécologique : « une fois qu'elles sont ménopausées, elles pensent que ce n'est plus la peine de venir » (M11).

Leur activité sexuelle peut influencer leur demande : « étant donné qu'elles n'ont plus d'activité sexuelle, elles ne le font plus (le dépistage) donc ne vont plus voir leur gynécologue depuis des années » (M1).

Certaines patientes méconnaissent l'anatomie et ont une perception réduite de la gynécologie entraînant une rupture de suivi après une chirurgie : « Pour elle, il n'y avait plus d'utérus donc il ne fallait plus voir le gynécologue » (M13).

3. L'influence du médecin

a) Sexe / âge

La majorité des médecins interrogés considèrent que les femmes sont influencées par ce rapport homme/femme au cours de l'examen gynécologique : « le fait d'être un homme rend parfois plus difficile les choses » (M2).

Le médecin « suppose que beaucoup de ses patientes préfèrent que ce soit fait par une femme » (M3).

La principale difficulté pour l'un des praticiens, « c'est surtout se déshabiller devant un homme » (M8). Une praticienne justifie cette hypothèse en évoquant qu'il existe « peut-être une notion de séduction » (M11).

L'âge du médecin influence également cette pratique. En effet, pour certains médecins, le vieillissement du praticien facilite l'approche gynécologique, y compris pour les médecins hommes : « l'âge est plutôt un élément rassurant » (M10). Pour d'autres, le fait d'être un homme jeune facilite le contact gynécologique : « étant plus jeune que leur âge, elles ont plus de facilité qu'avec quelqu'un qu'elles ont connu longtemps » (M8).

L'une des médecins interrogés nous décrit les caractéristiques démographiques idéales du médecin pour pratiquer un examen gynécologique : « donc pour ces femmes, quelqu'un de 40 ans c'est bien et de préférence une femme » (M11).

b) Statut du médecin de famille

Le statut ambivalent du médecin de famille peut faciliter ou non les questions d'ordre gynécologique : « Les femmes que je connais le moins sont plus à l'aise pour poser des questions gynécologiques qu'une femme que je suis en tant que bon médecin de famille » (M18).

« Elles ont peut-être du mal à se déshabiller devant un médecin qui connaît bien leur mari, leur belle fille, toute la famille » (M11).

c) Mise en condition

Une mise en condition pour l'examen gynécologique est nécessaire. De nombreux médecins pensent qu'il « est difficile de les faire déshabiller pour les examiner alors, en général, elles refusent » (M6).

La position gynécologique peut entraver la réalisation du dépistage. La mobilisation de la patiente est un facteur clé pour mener cet examen. Un praticien raconte « le cas d'une patiente avec une arthrose de hanche » : « En fonction des antécédents, l'installation sur la table peut être compliquée » (M7).

Devant l'intimité de cet examen, un véritable consentement de la patiente est indispensable, pour l'un des médecins interrogés, afin de mener à bien l'examen gynécologique, il ne faut « pas brusquer les gens, il faut un consentement réel, qu'elles soient clairement d'accord sinon elles vont vers quelqu'un avec qui elles sont plus à l'aise » (M16).

d) Réputation du médecin

La réputation d'un médecin généraliste peut influencer les patientes dans leur suivi gynécologique : « Si ça (l'examen) se passe bien, les gens en parlent entre eux et puis ça se passe très bien ensuite » (M10).

4. Facteurs inter-individuels

a) Physio-psychologiques

Plusieurs dimensions psychologiques autour de la maladie interfèrent dans la demande de dépistage des cancers en général tel que « la peur du résultat » (M1), « les réticences c'est la peur de la maladie » et enfin « le déni de la maladie » (M14).

Les notions de pudeur et d'intimité freinent la réalisation de l'examen gynécologique comme nous l'annoncent plusieurs médecins : « les femmes sont souvent

gênées et pudiques, c'est difficile d'en parler et cela est souvent évoqué avec des périphrases » (M8).

La gynécologie peut être caractérisée comme « tabou sur cette tranche d'âge » (M8).

Pour un médecin, « les patientes sont souvent gênées par leur image corporelle » (M11) et cela peut entraîner un refus de l'examen gynécologique : « se montrer toute nue c'est difficile parce que leur corps est moins beau, moins tonique » (M11).

Les modifications physiologiques peuvent, avec l'âge des patientes, rendre désagréable et « douloureux l'examen, notamment à cause de la sècheresse vaginale » (M1), et « par une atrophie vaginale trop importante » (M1) voire même impossible.

Elles entraînent également plus de difficultés pour le praticien : « c'est difficile de poser un spéculum à une femme de plus de 65 - 70 ans pour des raisons physiologiques liées au vieillissement » (M18).

A titre anecdotique, une praticienne a relevé que le frein pour l'une de ces patientes était l'absence d'épilation (M1).

b) Religieux

Pour l'une des praticiennes interrogées, la religion peut être l'un des freins pour le dépistage des cancers gynécologiques des femmes. Certaines « femmes musulmanes refusent systématiquement l'examen quand le médecin remplaçant est un homme » prétextant une interdiction religieuse (M20).

c) Comorbidités, expériences personnelles

Les patientes présentant un antécédent de cancer du sein ont des demandes plus fréquentes pour le dépistage gynécologique quelque soit l'âge, « elles ont plus de facilités à redemander la palpation des seins que les biens portantes » (M12).

Leur sollicitation est également influencée par leurs expériences personnelles et leur entourage : « si elles connaissent ou ont dans leur entourage une personne atteinte d'un cancer, [...] elles vont être plus demandeuses de dépistage » (M19).

E. FREINS POUR LE MEDECIN

1. L'influence de la patiente

a) Antécédents personnels et familiaux

Un grand nombre de médecins interrogés disent être influencés par les comorbidités des patientes pour leur proposer ou non un dépistage : « une femme de 70 ans avec plein de comorbidités qui fait que son espérance de vie est limitée, ne doit pas subir de frottis » (M1).

Le plus souvent, les médecins différencient les antécédents gynécologiques des antécédents généraux.

(1) Antécédents gynécologiques

Les praticiens orientent plus leurs consultations vers des consultations de dépistage en cas d'antécédents personnels de cancers gynécologiques : « en prévention secondaire après un cancer du sein, forcément la consultation est plus orientée » (M4). Pour l'un des praticiens, au cas par cas, en fonction « des antécédents de conisations, de condylomes cliniques, internes ou externes » (M14), il poursuit le dépistage par frottis notamment.

(2) Antécédents généraux

Selon plusieurs praticiens, pour les patientes de plus de 65 ans, « on passe plus de temps avec les comorbidités vasculaires, pneumologiques, carcinologiques et pas vraiment au niveau gynécologique » (M6).

Compte tenu des pathologies multiples, il est difficile d'intégrer le dépistage gynécologique dans la consultation. Concernant ces patientes âgées souvent polyopathologiques, il « n'est pas toujours facile d'aller jusqu'au bout » (M8).

Les médecins ont donc tendance à prioriser « étant donné que d'autres problèmes (de santé) existent » (M18), « on l'oublie le dépistage gynécologique » (M8).

Les comorbidités altérant la mobilisation peuvent compromettre la réalisation de l'examen gynécologique pour ces patientes « l'installation sur la table, en fonction des antécédents, peut être compliquée » (M9), « cela dépend des comorbidités et de la dépendance » (M17).

Le morphotype de la patiente intervient également : « chez une patiente obèse, on propose moins ce genre d'examen » (M19).

Un médecin soulève également les difficultés rencontrées en cas de troubles cognitifs (M9).

(3) Antécédents familiaux

Les antécédents familiaux orientent vers le dépistage des cancers gynécologiques « parce que les cancers gynécologiques sont génétiquement dépendants » (M13).

b) Âge

Quelques généralistes modifient leurs pratiques plutôt en fonction « de l'âge physiologique que de l'âge civil » (M1). Une praticienne justifie cette conduite en leur apportant un bénéfice à se faire dépister. Elle a « des patientes de 70 ans qui travaillent

encore, qui sont très actives, à qui elle propose le dépistage, il y a un vrai plus si on soigne un cancer précocement » (M1).

Pour l'examen clinique en général, des médecins de l'échantillon avouent être influencés par l'âge des patientes : « plus elles vieillissent, moins on fait d'examen clinique poussé » (M18).

Une généraliste motive sa pratique en prenant en compte la physiopathologie des cancers gynécologiques « hormis l'ovaire, les cancers gynécologiques évoluent lentement donc plus la patiente est âgée moins elle est dépistée » (M13).

c) Sexualité

Les praticiens prennent en compte la sexualité de leurs patientes dans le dépistage des cancers gynécologiques justifiant que « l'examen gynécologique est compliqué sauf quand elles ont une vie sexuelle active » (M9).

Au contraire, on note un intérêt de poursuivre le dépistage par FCU à 65 ans en cas « de nouveaux rapports avec des nouveaux partenaires, [...] on va retrouver des infections génitales, des Papilloma Virus Humains (HPV) éventuels qu'on n'aurait pas pensé avant » (M13).

d) Hygiène

Un médecin évoque la problématique de l'hygiène pouvant influencer le dépistage gynécologique : « quand cela sent très mauvais cela pose problème » (M9).

2. Facteurs inter-professionnels

a) Futilité de l'examen gynécologique pour ces femmes

Pour certains praticiens, l'examen gynécologique pour cette tranche d'âge est considéré comme inutile : « l'examen gynécologique ne sert pas à grand chose à cet âge là » car (M6), « ce n'est pas l'examen gynécologique systématique qui va renseigner... sur une masse pelvienne de façon fortuite » (M10). L'une d'elles conclut en réalisant plus « facilement une échographie pelvienne et la mammographie » qu'un examen gynécologique (M6).

Une généraliste s'appuie sur des littératures pour argumenter sa conduite. En effet, « plusieurs articles montrent que la palpation des médecins n'était pas efficace par rapport au dépistage systématique ou à l'autopalpation » (M1).

b) Expérience

Une médecin avoue être « influencée par ses propres expériences. Elle a perdu sa mère d'un cancer du sein donc elle sollicite d'autant plus ses patientes pour les palpations mammaires, l'autopalpation et la surveillance des mammographies » (M20).

c) Intérêt pour la gynécologie

Des généralistes de notre étude déclarent qu'ils font peu de gynécologie et donc peu de dépistage par manque d'intérêt pour la gynécologie, ils pensent que « ce n'est pas trop leur domaine d'activité » (M5).

Ce manque d'intérêt pour la discipline peut être perçu par la patiente : « Je ne suis pas à l'aise en gynécologie comme en ORL, il y a un manque d'intérêt qu'elles peuvent ressentir aussi » (M18).

Une généraliste déclare cibler sa pratique en fonction de ses domaines de prédilection « pour lesquelles elle est plus compétente » (M8).

d) Formation du praticien

Pour l'un des médecins de notre échantillon, il ne suffit pas d'avoir « la compétence théorique mais il y a aussi la compétence pratique des gestes » (M18).

Ainsi plusieurs médecins avouent ne pas réaliser ces examens par manque de pratique, « la palpation mammaire, je n'en fais pas suffisamment pour être efficace », et par volonté de bien faire (M8).

Une praticienne préfère « leur proposer l'autopalpation » (M1).

Certains ne réalisant plus ces actes, ils estiment perdre certaines capacités notamment la disparition « de la compétence de détecter quelque chose s'il y a un cancer » (M18).

La formation initiale pour réaliser de la gynécologie est indispensable pour certains médecins, ils craignent de ne pas avoir « un bon niveau technique en gynécologie » (M8).

e) Pudeur du médecin

Les médecins rencontrent des difficultés pour procéder à ces examens pour « une question de pudeur » (M3).

A plusieurs reprises, en particulier les médecins masculins, l'abord gynécologique pose problème au praticien : « l'examen gynécologique met probablement aussi mal à l'aise » (M18), au point qu'il puisse présenter « des difficultés à appréhender le sujet (sur le plan gynécologique) » (M17).

F. FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

1. Durée d'installation

La durée d'installation pour nos praticiens interrogés est un facteur motivant ou non une demande dans le domaine gynécologique. Pour les jeunes médecins, il s'agirait d'un obstacle : « le fait que je sois une jeune installée est un critère qui fait qu'elles ont plus de mal car elles ne connaissent pas mes habitudes » (M1).

Un jeune installé justifie cette tendance : « il faut du temps pour accepter un examen d'intimité » (M4).

Au contraire, des médecins avec une plus grande expérience rencontrent plus de facilités car « il n'y a pas de réticence particulière si on connaît les patientes, c'est une habitude qui a été prise depuis des années » (M10).

La durée de la relation « patiente avec son médecin traitant » a son importance dans ce domaine. En effet, « accueillir une patiente que vous ne connaissez pas à 65 ans, en lui proposant d'emblée un examen gynécologique qu'elle n'aurait pas forcément eu, cela passe difficilement » (M10).

2. Proximité du gynécologue

En fonction de leur localisation, les généralistes sont à proximité ou non des gynécologues ou des sages-femmes. Dans ces conditions, ils sont plus ou moins sollicités : « donc ils sont un peu en second plan » (M12).

L'accessibilité et le délai de consultation chez un gynécologue peuvent influencer également en faveur des médecins généralistes étant donné qu'« il y a de moins en moins de gynécologues, les délais de consultation sont plus longs » (M3).

3. Équipement

Pour un généraliste, « ne pas avoir de matériel pour bien installer de façon confortable les patientes est un obstacle » (M16).

Un médecin souligne le fait que « toutes les tables ne se mettent pas en position gynécologique, et qu'il faut installer les étriers » (M11). Pour d'autres, ce matériel est jugé « trop coûteux pour le moment » par rapport à une activité gynécologique réduite (M1).

Les praticiens, souhaitant réaliser des consultations de gynécologie fréquemment, investissent pour faciliter sa réalisation (M13).

4. Manque de recommandations

En fonction des généralistes, nous pouvons remarquer que la fréquence des examens et les limites d'âge sont différentes selon les praticiens que ce soit pour le FCU ou les mammographies. Un praticien réalise des frottis jusqu'à 75 ans et des mammographies sans limite d'âge (M4), un second se limite à 80 ans (M9).

Le constat est identique pour l'examen clinique, notamment la palpation mammaire « pas après 65 ans, en tous cas pas en préventif » pour l'un d'entre eux (M4).

Certains ont des doutes sur les recommandations pensant que les patientes « ont toujours une mammographie de dépistage systématique jusqu'à 73 ans » mais n'en sont pas sûrs (M10).

A plusieurs reprises au cours des entretiens, les praticiens nous soulignent le manque de clarté des recommandations pour les femmes de cette tranche d'âge, elles sont « toujours un peu floues passé 65 ans, j'ai toujours tendance à aller vérifier ...» (M13).

Des médecins estiment que leurs confrères sont trop « stricts ». En appliquant les recommandations du dépistage organisé, des généralistes négligeraient le dépistage individuel au cas par cas pour une sélection de patientes de plus de 75 ans. En effet, « avec EMMA (association pour le dépistage organisé du cancer du sein en Seine-Maritime), plein de médecins se disent qu'après 75 ans, ils arrêtent » (M11).

5. Chronophagie

Que ce soit pour les femmes jeunes ou de plus de 65 ans, le temps nécessaire pour la mise en condition avant la réalisation de l'examen gynécologique est un obstacle pour de nombreux médecins (M20). « Il faut sortir la lampe, poser les étriers, se mettre en position gynécologique, il faut mettre à l'aise avant, il y a beaucoup de choses à faire pour qu'un examen gynécologique se passe bien » (M18).

A cela peut se rajouter la « pression de la salle d'attente » pour certains généralistes, « les patientes arrivent à un âge où elle sont plus longues à se déshabiller alors en hiver quand la salle d'attente est pleine cela devient impossible » (M11).

L'examen gynécologique est chronophage tandis qu' «un examen clinique classique est beaucoup plus rapide » (M18).

Notre échantillon se dit « gêné par les motifs de consultations multiples des patientes » (M15). Après un examen gynécologique chronophage, il est « difficile de trouver le temps de gérer le renouvellement du traitement » (M1).

D'autant plus que les patientes « ne viennent pas pour cela donc elles n'ont pas le temps pour ça » (M1). Dans ce contexte, des praticiens préfèrent « une consultation dédiée pour le dépistage » en gynécologie (M1).

IV. DISCUSSION

A. LA METHODOLOGIE

1. Enquête qualitative

Le but de ce travail était d'identifier des critères subjectifs à la pratique de l'examen gynécologique en médecine générale chez les femmes de plus de 65 ans.

La recherche qualitative est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale, car elle permet un abord plus élargi des déterminants des soins. Les facteurs observés sont difficilement mesurables donc subjectifs (24).

2. Les entretiens

L'ensemble des entretiens a été réalisé par la même personne pour éviter un biais de recueil des données. La technique des entretiens semi-directifs individuels a été préférée à celle des entretiens en groupe pour limiter l'interaction et l'influence des autres participants.

La méthodologie qualitative nécessite des questions ouvertes. Cela permet d'orienter le participant sur les thèmes que nous voulons aborder tout en le laissant s'exprimer librement. Ensuite nous orientons sur différentes idées, et approfondissons certains items pour enrichir les données.

Les entretiens ont été effectués selon les disponibilités des médecins interrogés, le plus souvent au cabinet à l'horaire souhaité donc dans les meilleures conditions.

3. L'échantillon

En méthodologie qualitative, l'échantillon n'est pas représentatif de la population étudiée. Cependant, les praticiens ont été sélectionnés pour obtenir un échantillon

hétérogène. Nos médecins ont été recrutés en partie selon « l'effet boule-de-neige » jusqu'à saturation des données. Cinq refus ont été notés. La prise de contact directe par téléphone a certainement favorisé ce résultat, ainsi que l'utilisation de la technique "boule-de-neige".

B. LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE

Les médecins de notre étude ont été sélectionnés en partie par connaissances directes de l'interviewer, des praticiens interrogés ou parce qu'ils se sentaient intéressés par le sujet. Ces éléments entraînent un biais de sélection.

Nous pouvons également envisager le fait que l'enregistrement des entretiens ait pu provoquer une certaine retenue chez les médecins, en dépit du fait qu'il leurs ait été assuré du caractère anonyme de l'entretien. Le temps que le médecin a consacré à l'entrevue peut également créer un biais dans le recueil des données.

Les données qualitatives sont difficiles à interpréter et subjectives. L'analyse des entretiens et le codage ont été réalisés par une seule personne ce qui peut engendrer des biais interprétatifs.

C. COMPARAISON DES RESULTATS AUX DONNEES DE LA LITTERATURE

1. Examen gynécologique en pratique chez les femmes de plus de 65 ans

En pratique, l'examen gynécologique pour dépister les cancers gynécologiques chez les femmes de plus de 65 ans est très variable en fonction de nos interlocuteurs que ce soit sur le plan pelvien ou sénologique.

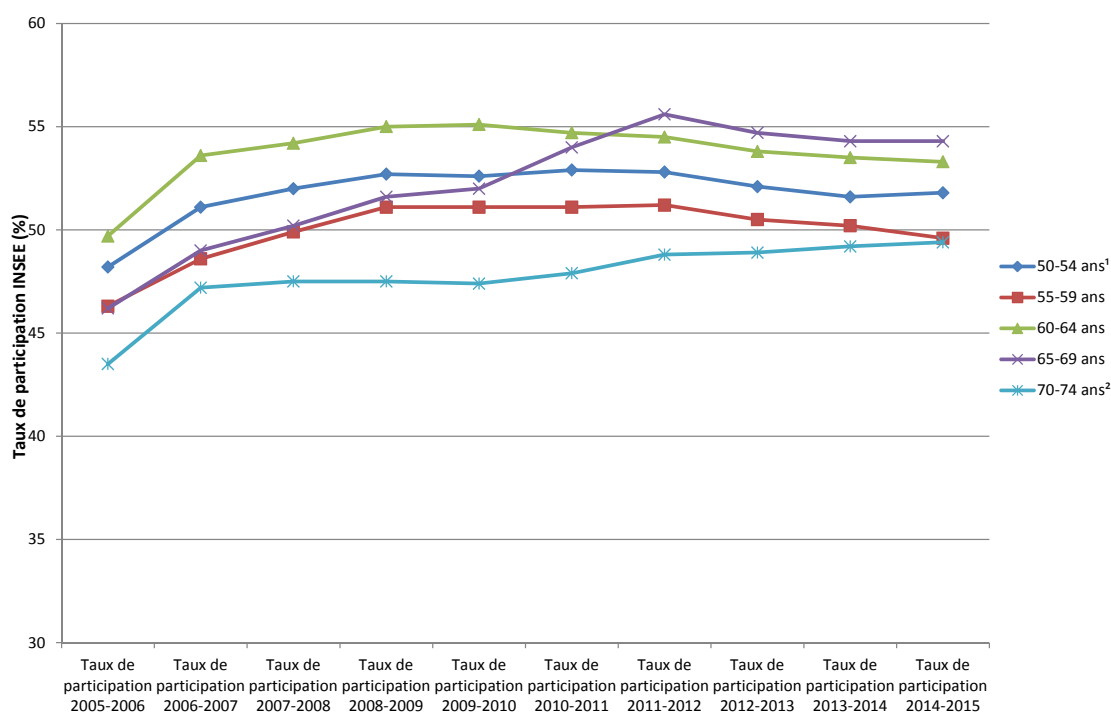
Peu de données de la littérature nous informent sur la pratique de cet examen et plus particulièrement chez les femmes de plus de 65 ans. Une étude réalisée par Dias *et al.* en 2010, sur l'examen gynécologique des femmes en général pour 170 médecins généralistes en Ile-de-France, montre que 94 % des praticiens réalisent une palpation mammaire dans le cadre du dépistage du cancer du sein.

Concernant la réalisation d'un toucher vaginal et la mise en place d'un spéculum, 74,5 % des médecins interrogés réalisent ces actes gynécologiques dans leur pratique quotidienne (25).

Des recueils de données à l'échelle nationale et/ou régionale sont disponibles concernant la réalisation des mammographies de dépistage pour les femmes de plus de 65 ans.

En France, pour le dépistage du cancer du sein, de 2014 à 2015, 54,3 % des femmes de 65 à 69 ans (60,5 % en Normandie) ont participé au dépistage organisé du cancer du sein par mammographie contre 49,4 % (53,3 % en Normandie) pour les femmes de 70 à 74 ans (26). La moyenne pour les femmes concernées par ce dépistage est de 51,8 % (57,9 % en Normandie) (27). L'objectif national étant fixé à 70 %.

Comme nous pouvons le voir sur le graphique suivant, le taux de participation des femmes de 65 à 69 ans a fortement augmenté de 2010 à 2012 jusqu'à stabilisation, tandis que la mobilisation des plus de 69 ans est en constante augmentation. Ces femmes sont certainement plus informées de l'intérêt de poursuivre le dépistage via les relances, les campagnes d'information d'une part. D'autre part, la proportion de femmes âgées en « bonne santé » augmente. Ces femmes sont plus actives dans la démarche de soins et de dépistage.



Graphique 1 : Evolution du taux de participation au dépistage organisé du cancer de sein en fonction de l'âge (26).

En Normandie, la sensibilisation au dépistage du cancer du sein est majeure avec un taux de participation de 60,5 % pour les femmes de 65 à 69 ans, et de 52,3 % pour les patientes de 70 à 74 ans (26).

Une enquête barométrique de 2010 réalisée auprès de 600 médecins généralistes met en évidence que 23 % des médecins interrogés continuent de préconiser la réalisation de la mammographie au-delà de 75 ans. Ces praticiens jugent qu'il est pertinent de

poursuivre le dépistage chez des femmes en bon état général et donc avec une espérance de vie suffisante pouvant leur apporter un bénéfice. Cette enquête révèle également que 44 % des médecins seulement limitent le dépistage dans la bonne tranche d'âge, c'est-à-dire 74 ans (28).

Concernant la réalisation du FCU, notre échantillon juge nécessaire de poursuivre en systématique le dépistage au-delà de 65 ans. Certains praticiens de notre travail poursuivent seulement le dépistage en cas d'antécédents anormaux, ou de changements de partenaires.

L'étude réalisée par l'Institut National contre le Cancer montre que 53 % des médecins généralistes interrogés conseillent de poursuivre le dépistage au-delà de 65 ans. Dix sept pour cent des médecins préconisent le dépistage par FCU dans la bonne tranche d'âge, de 25 à 65 ans (28).

Au niveau national, aucune donnée n'est disponible sur le taux de participation au dépistage du cancer du col utérin pour les femmes de plus de 65 ans : ces patientes n'étant plus concernées par ce dépistage.

Le taux de participation au dépistage par FCU de 2007 à 2009 est de 46,4 % pour les femmes de 55 à 65 ans (10). La moyenne pour les femmes concernées par le dépistage est de 58,5 %. Le taux de participation des 55 - 65 ans est le taux le plus faible par rapport à l'ensemble des femmes. Ceci explique en partie que 11,3 % des anomalies cancéreuses retrouvées dans les frottis concernent des femmes de plus de 65 ans (10). En effet, compte tenu de l'histoire naturelle du cancer du col de l'utérus, une détection des anomalies cytologiques par FCU au stade de lésions intra-épithéliales de 55 à 65 ans aurait empêché son évolution vers la malignité retrouvée en partie au-delà de 65 ans. Ceci peut expliquer le

comportement des praticiens sur la réalisation et la prescription des FCU au-delà de l'âge recommandé.

Concernant la réalisation des frottis, les médecins de notre échantillon adressent les patientes en laboratoire ou les réalisent eux-mêmes. Dans l'enquête barométrique auprès de 600 médecins généralistes, la moitié des médecins déclarent pratiquer les frottis de leurs patientes. La moitié des médecins restant adressent leurs patientes à un gynécologue dans 63 % des cas, à un laboratoire d'analyse dans 26 % des cas ou à un confrère généraliste dans 5 % des cas (28).

2. Place du médecin généraliste

L'ensemble de notre échantillon estime qu'il tient une place importante dans le dépistage des cancers gynécologiques chez les femmes de plus de 65 ans. Plusieurs raisons sont évoquées : les soins de premier recours, le dépistage, la prévention et la coordination sont mentionnés à plusieurs reprises. En juillet 2009, le code de santé publique (article L4130-1) rappelle suite à la loi dite « HPST », relative à l'hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires, que le médecin généraliste a un rôle de premier recours et se doit d'assurer la coordination des soins et les soins de prévention (29). Elle précise également que le dépistage des cancers gynécologiques fait partie de la prise en charge de la santé de la femme.

Une enquête qualitative, visant à décrire l'activité gynécologique des médecins généralistes de Bretagne a été réalisée en 2005. Les médecins généralistes interrogés reconnaissent dans 87 % des cas qu'ils tiennent un rôle majeur dans la prévention et le dépistage dans le suivi des femmes (30).

La proximité du médecin généraliste est également un élément motivant les consultations gynécologiques. Plusieurs travaux de thèses ont mis en évidence ce lien (31)(32)(33). Dans cette étude qualitative de 2004, la demande gynécologique des patientes était favorisée par la proximité et la disponibilité du médecin généraliste (31). En 2013, selon Brosset *et al.* la relation de confiance jouait également un rôle essentiel (33).

Compte tenu de la démographie médicale et notamment gynécologique, les médecins interrogés adaptent leur activité pour suppléer au manque de gynécologues. En 2008, un communiqué du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) insistait sur la nécessité pour les femmes de s'orienter vers les médecins généralistes ou les sages-femmes pour des examens systématiques ou de dépistage (34). En 2004, les travaux de Humeau *et al.* visaient à connaître les raisons amenant à recourir au médecin généraliste pour le suivi gynécologique. Cette enquête a été réalisée auprès de 154 patientes. L'une des principales motivations était la pénurie de gynécologues notamment dans les zones rurales (31).

Le dépistage des cancers constitue l'un des axes principaux du plan cancer 2014 - 2019 avec notamment les cancers du sein et du col de l'utérus. La place et le rôle central du médecin traitant y sont réaffirmés. Comme l'ont affirmé les médecins de notre échantillon, le plan rappelle la nécessité d'informer et d'éduquer les populations concernées par les dépistages (35).

Une enquête barométrique réalisée en 2010 par l'Institut National du Cancer a été réalisée pour connaître les opinions et les pratiques des médecins généralistes concernant les dépistages des cancers. Les médecins interrogés sont conscients de l'importance de leur

position dans le dépistage des cancers notamment gynécologiques. En effet, 60 % d'entre eux considèrent qu'ils ont un rôle indispensable dans le dépistage du cancer du sein et 49 % pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Dans leur très grande majorité, ces praticiens sont convaincus de l'efficacité de ces examens : 79 % pour le cancer du col de l'utérus contre 78 % pour le cancer du sein (28).

3. Freins pour la patiente

Dans notre étude, les praticiens déclaraient être limités dans leurs pratiques par les patientes, ou plus précisément leurs convictions.

Leur souhait d'être suivi par un gynécologue serait récurrent dans cette discipline. Un sondage réalisé en 2008, auprès d'un échantillon représentatif de la population de femmes françaises, montre que celles-ci sont attachées à un suivi gynécologique par un médecin gynécologue (36). Les travaux de Ora *et al.* en 2007, justifient cette tendance : les femmes jugeaient que le gynécologue serait plus compétent que le médecin généraliste (37).

Le choix de dissocier le suivi gynécologique du reste du suivi médical, nécessitant un recours à une tierce personne est retenu dans les travaux de Fayolle *et al.*(2).

La méconnaissance des compétences du médecin généraliste en gynécologie est un frein fréquent dans notre étude. Les travaux de Megret *et al.* en 2010, mettaient en évidence que 12 % des femmes interrogées dans l'étude ignoraient que le médecin généraliste était compétent pour le suivi gynécologique (38). Une enquête a montré que certaines femmes sous-estimaient les capacités du praticien pour l'unique raison que leur médecin généraliste ne leur proposait pas de suivi gynécologique (39).

Une partie de notre échantillon estime que les patientes sollicitent le médecin généraliste en cas de symptômes cliniques et non en préventif le plus souvent. Ces éléments concordent avec une enquête de 2004 effectuée auprès de 154 patientes : pour 15 % des femmes seulement, le médecin généraliste pratique un examen systématique de dépistage. Ainsi, les patientes consulteraient leur gynécologue pour leur examen clinique annuel de dépistage et feraient appel au médecin traitant pour des urgences et pour les renouvellements (31).

Le manque de demandes des patientes est retenu dans nos entretiens. Plusieurs travaux ont relevé ce frein majeur dans la pratique quotidienne (30)(40)(41).

Dans notre travail, y compris dans des études similaires, les patientes ne sollicitent pas le médecin généraliste par manque de connaissance sur les modalités de dépistage : que ce soit la fréquence de réalisation, l'âge de la population concernée, ou l'examen en lui-même (32).

Des préjugés de la part des patientes entravent au bon suivi gynécologique. Les femmes associent fréquemment leur suivi gynécologique à la présence d'une activité sexuelle (2). De même, la ménopause, selon elles, signe la fin de leur suivi gynécologique estimant que ce dernier est devenu inutile (32).

Dans ce contexte, les médecins généralistes, gynécologues ou bien les médias peuvent pallier ce manque en renforçant l'information auprès des patientes.

Une véritable volonté de ne pas se faire dépister est relevée par nos interlocuteurs. Nous retrouvons ces notions dans un article de l'Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne analysant les relations à la santé entre les femmes et le système de soins pour

prévenir les cancers gynécologiques (42). La peur du diagnostic et du résultat sont retenues comme freins essentiels générant une angoisse et une inquiétude dans l'attente des résultats pour ces patientes (2)(32)(42).

Dans notre travail, l'influence du médecin interfère dans la demande gynécologique des femmes de plus de 65 ans. Le genre masculin du médecin généraliste est retrouvé comme l'un des freins principaux selon notre échantillon. Une étude quantitative de 2013, analysant les freins de la pratique du suivi gynécologique en médecine générale montre que 6 femmes sur 10 sollicitent une femme pour la prise en charge de leur intimité (43). Les travaux de Fayolle *et al.* ont également souligné cette orientation dans une enquête réalisée de juin 2010 à avril 2012 auprès de 15 médecins généralistes (2).

L'âge du praticien a été cité comme déterminant de la prise en charge gynécologique par nos interlocuteurs. Cette variable n'a cependant pas été retenue comme frein significatif dans l'étude de Chapeaux *et al.* (43).

La position du médecin de famille semblait déterminante dans nos entretiens sur les dépistages gynécologiques. Plusieurs travaux ont retrouvé cette corrélation (29)(33)(43). Dans une enquête réalisée auprès de 70 patientes, la gêne envers le médecin généraliste apparaissait comme un facteur majeur de motivation amenant les patientes à consulter un gynécologue (43). Dans un article de 2013 sur les déterminants de la pratique gynécologique en médecine générale, la proximité relationnelle, la familiarité de la relation médecin/patiente interfèrent dans ce suivi (2). Cet obstacle est controversé dans une étude qualitative : ce sentiment de familiarité faciliterait l'accessibilité au médecin pour le suivi gynécologique pour certaines d'entre elles (39).

L'attitude et le comportement du médecin sont des facteurs clés pour aborder l'intimité des patientes et donc l'examen gynécologique. Cette variante est décrite par notre échantillon et est retrouvée dans l'enquête de Delannoy *et al.* en 2009 (44). Sabine Banconet *et al.* rappellent dans ces travaux, l'intérêt d'informer les patients sur l'objectif et le déroulement de l'examen clinique en médecine générale pour favoriser son acceptabilité (45).

Les dimensions physiques, psychologiques, culturelles et les expériences sont propres à chaque femme. Cette variabilité inter-individuelle peut influencer le vécu du suivi de chacune d'entre elles. Nos praticiens ont mis en évidence ce phénomène. Un même examen, pour deux femmes du même âge, peut être ressenti de manière différente. La pudeur liée à la nudité, au vieillissement du corps, à la position gynécologique sont des freins majeurs et sont retrouvées régulièrement dans la littérature (31)(32)(45). Le caractère douloureux et désagréable est également retenu notamment dans la réalisation du FCU (2)(46).

La culture des patientes ainsi que leur religion sont des facteurs retrouvés dans la littérature comme limitant les dépistages gynécologiques (47). Ceci peut être lié à la barrière de la langue nécessitant la présence d'un interprète, le plus souvent le mari, au cours de l'examen (2) ou bien de croyances religieuses (46). L'examen gynécologique est un examen d'intimité, en lien avec la sexualité. Il est considéré comme un sujet tabou dans certaines religions. Ce rapport est le plus souvent ancré par l'éducation rendant difficile sa réalisation malgré l'information véhiculée en faveur du dépistage. Cette croyance peut être majorée lors du vieillissement.

4. Freins pour le médecin

Concernant l'influence de la patiente et plus précisément ses comorbidités et son âge dans le dépistage des cancers gynécologiques, peu de données de la littérature confirment les idées exprimées par les généralistes de notre échantillon. En effet, la plupart des études réalisées concernent des femmes « jeunes » donc le plus souvent ayant peu de pathologies ou ne permettant pas de remettre en cause l'intérêt d'un dépistage de cancers gynécologiques.

La sexualité des patientes peut modifier la prise en charge pour nos médecins interrogés. Les travaux de Fayolle *et al.* concluent que les médecins généralistes ne proposeraient plus la réalisation du FCU lors de l'arrêt de l'activité sexuelle (2).

L'hygiène des patientes a été retenue comme facteur limitant la pratique du dépistage gynécologique par l'un des médecins interrogés. Ce frein n'a pas été retrouvé dans la littérature. Ce facteur ne peut limiter le dépistage des cancers gynécologiques. En effet, chaque médecin est appelé au serment d'Hippocrate rappelant ces obligations morales, légales et éthiques. Le médecin se doit de prodiguer des soins « pour toute personne [...] sans aucune discrimination selon leur état ou leur conviction ou d'adresser la patiente à un autre médecin » (48).

La futilité de l'examen gynécologique chez les femmes de plus de 65 ans a été notée à plusieurs reprises dans notre étude. En effet, certains de nos interlocuteurs s'appuient sur l'évolution naturelle du cancer de l'ovaire et son caractère asymptomatique au cours de son développement initial pour justifier d'un dépistage tardif.

La palpation des seins est jugée inutile par l'une des médecins interrogés. Elle dit se baser sur des données de la littérature pour avancer ces faits. Les performances de l'examen clinique dépendent de la taille de la tumeur, de sa profondeur, de la consistance, de la taille des seins, de l'expertise du professionnel de santé ainsi que de sa technique d'examen clinique (7). Cet article nous rappelle l'intérêt de palper les seins chaque année, et surtout entre deux mammographies afin de détecter des cancers à croissance rapide. Cependant, aucun essai randomisé n'a été réalisé pour évaluer l'impact de la palpation mammaire en complément de la mammographie sur la mortalité et la qualité de vie en France. L'analyse de ces données est rendue difficile compte tenu des différentes techniques d'examens et des variations en fonction des examinateurs (49).

Au Canada, un essai randomisé a été réalisé chez 40 000 femmes âgées de 50 ans à 59 ans, ayant reçu un examen clinique annuel des seins par des professionnels expérimentés. Dans l'un des groupes, l'ajout de la mammographie, en complément de l'examen clinique, a montré l'absence de bénéfice en terme de mortalité par cancer du sein après 13 ans de suivi (50). Une étude similaire serait à mener en France pour évaluer l'intérêt de la mammographie en complément de l'examen sénologique en terme de mortalité par cancer et l'impact sur les traitements invasifs. L'Institut de Veille Sanitaire a mis en évidence en 2013, parmi les femmes participant au dépistage, que 17 % des cancers détectés étaient des cancers dits « de l'intervalle » donc diagnostiqués entre deux mammographies grâce à l'examen clinique (51). Il n'est pas démontré qu'un dépistage, par examen clinique seul, suffise pour réduire la mortalité et la morbidité du cancer du sein. En l'absence de donnée complémentaire, l'ajout de la palpation mammaire à la mammographie ne peut que favoriser le dépistage des cancers mammaires.

L'un de nos interlocuteurs souligne que l'expérience personnelle de chaque professionnel de santé peut intervenir dans les prises en charge pour chaque patient et donc influencer sur le dépistage de ces cancers. Les travaux de Lageyre Kitterie *et al.* en 2014 rappellent l'importance des expériences négatives, qu'elles soient familiales ou professionnelles (52).

Le défaut de pratique gynécologique en médecine générale est imputé, pour certains médecins de notre échantillon, à un manque d'intérêt pour la discipline. Plusieurs références confirment ces éléments (2)(44)(53). De ce fait, il peut en découler une absence de volonté de se former à la gynécologie.

L'absence de formation est retenue par nos professionnels comme l'un des freins majeurs à la pratique gynécologique et donc au dépistage des cancers gynécologiques pour les femmes de plus de 65 ans. Une enquête réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne, analysant les points de vue des professionnels sur le dépistage des cancers gynécologiques, met en évidence une formation très variable en fonction des praticiens (42). Dans une étude bretonne réalisée auprès des médecins généralistes, 40 % des praticiens interrogés estiment ne pas savoir examiner correctement les seins de leurs patientes. Sur le plan théorique, la gynécologie est enseignée dans le cursus de médecine générale. Quant à la pratique, au cours du troisième cycle d'études médicales (TCEM) de médecine générale, le semestre en gynécologie est laissé au choix avec celui de pédiatrie. Les internes ont la possibilité de compléter leur formation dans ce domaine au cours de leur stage libre (54). Ainsi, un grand nombre de médecins généralistes terminent leur cursus avec une formation limitée en gynécologie. Un travail évaluant les apprentissages en gynécologie au cours du

TCEM en 2010 met en évidence que la moitié des étudiants ne réalise pas de stage en gynécologie (55). Leur formation gynécologique se résume aux stages effectués en ambulatoire. Les compétences et la formation des futurs médecins seraient donc à améliorer pour assurer le suivi de nos patientes.

La pudeur du médecin à l'égard des patientes est une limite à la pratique gynécologique dans notre échantillon. Les travaux de Fayolle *et al.* confirment ce sentiment des médecins généralistes à l'égard des patientes comme « un malaise face à l'examen ». Cette position est plus marquée pour les jeunes femmes et les femmes âgées (2).

5. Influence des facteurs environnementaux

Des facteurs indépendants du médecin et des patientes interfèrent dans le bon déroulement du suivi gynécologique pour ces femmes. Des éléments en lien avec l'installation ont été mis en évidence par nos praticiens notamment la durée d'installation. En Bretagne, dans le travail de Levasseur *et al.* les difficultés pour aborder le suivi gynécologique sont indépendantes de la durée d'installation (30).

Dans une étude quantitative de 2013, analysant les freins et les facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale, la proximité avec un gynécologue est retenue comme l'un des 3 principaux freins (43). De nombreuses études confirment ces résultats qui concordent avec les idées avancées par notre échantillon (2)(25)(30)(31)(56).

Des médecins interrogés jugent que le manque d'équipements dans leur cabinet entrave le suivi gynécologique. En effet, les particularités et surtout la position de l'examen gynécologique nécessitent de se procurer du matériel adéquat afin d'obtenir un certain confort pour la patiente et de faciliter la pratique pour le professionnel. Cette notion est retrouvée dans de nombreux travaux (2)(43)(52). Le coût de cet équipement (entre 1 500 et 2 000 €) est soulevé dans les travaux de Mauran *et al.* comme pouvant être un frein à son acquisition (57). Indépendamment de l'aspect financier, le manque d'intérêt pour la gynécologie peut également expliquer l'absence d'aménagement du cabinet.

Le manque de clarté concernant les recommandations des dépistages gynécologiques est retenu dans notre étude. Dans des enquêtes visant à recueillir les points de vue des professionnels sur le dépistage des cancers gynécologiques pour les femmes en général, les médecins déclarent que l'une des limites à cette pratique est le changement dans les recommandations notamment en matière de périodicité (42). Dans l'enquête barométrique réalisée par l'Institut National contre le Cancer de septembre 2010, auprès de 600 médecins généralistes, les limites d'âges concernant les dépistages sont très disparates. Concernant le dépistage du cancer du sein, 23 % des médecins interrogés continuent de préconiser le dépistage au-delà de 74 ans. La tendance s'inverse pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. En effet, 11 % des médecins ne recommandent plus la réalisation du frottis après la ménopause, et 28 % arrêtent de conseiller le dépistage avant l'âge de 65 ans. Les raisons justifiant ces pratiques peuvent être dues à un manque de connaissance des recommandations ou une volonté de la part des professionnels. Un travail de 2015 analysant les pratiques de dépistage du cancer chez la personne âgée ayant une démence confirme ces idées. L'étude met en évidence que 77 % des médecins généralistes interrogés pensent qu'ils

manquent de recommandations pour encadrer le dépistage des cancers chez la personne âgée (58).

Enfin, le manque de temps et le caractère chronophage des consultations gynécologiques sont retenus comme freins majeurs dans notre travail, ainsi que dans les données de la littérature. L'Observatoire Régionale de Bourgogne (ORS) relève que, sur un échantillon de 189 médecins généralistes, 25 % rapportent que le temps d'une consultation habituelle est insuffisant pour réaliser le frottis (47). La gestion de multiples motifs de consultations est également chronophage. Un article, décrivant la pratique des médecins généralistes sur le plan gynécologique en Bretagne montre que la gestion de multiples motifs de consultations est à 65 % la principale difficulté retenue dans la pratique gynécologique (30). Pour pallier ces contraintes, la réalisation d'une consultation gynécologique dédiée à la prévention est plébiscitée par les médecins généralistes et par les patientes. Une valorisation financière telle qu'une cotation supplémentaire pourrait compenser la chronophagie de la pratique gynécologique comme c'est le cas désormais pour la réalisation du frottis. Un médecin généraliste cote une consultation associée avec un code de l'Assurance Maladie pour le FCU : JKHD001 , d'une valeur de 6,23 euros en métropole (59).

D. DISCUSSION SUR LES RECOMMANDATIONS DES EXAMENS DE DEPISTAGE DES CANCERS GYNECOLOGIQUES

Comme énoncé initialement dans notre travail, le cancer de l'endomètre et le cancer de l'ovaire ne disposent pas à ce jour de test de dépistage.

Pour rappel, selon l'OMS, les principes généraux d'un test de dépistage doivent remplir les conditions suivantes :

- La maladie dépistée doit constituer une menace grave pour la santé publique, une cause de décès importante dans la population ;
- Il doit exister un traitement d'efficacité démontrée ;
- Les moyens appropriés de diagnostic et de traitement sont disponibles ;
- La maladie est décelable pendant une phase de latence ou au début de la phase clinique ;
- Une épreuve ou un examen de dépistage efficace existe ;
- L'épreuve est acceptable, simple à pratiquer, non invasive, reproductible et doit avoir une sensibilité et une spécificité élevées ;
- L'histoire naturelle de la maladie est connue, notamment son évolution de la phase de latence à la phase symptomatique ;
- Le choix des sujets qui recevront le traitement est opéré selon des critères préétablis ;
- Le coût de la recherche des cas n'est pas disproportionné par rapport au coût global des soins médicaux ;
- La recherche des cas est continue et n'est pas considérée par une opération exécutée « une fois pour toute » (60).

1. Cancer de l'ovaire

En effet, le CNGOF confirme que ces critères ne sont pas respectés pour le dépistage du cancer de l'ovaire. Le cancer de l'ovaire présente un taux d'incidence relativement bas. L'histoire naturelle de ce cancer est mal connue. On note l'absence de lésions pré-invasives connues et de l'absence de symptômes au stade précoce. L'échographie abdominale, ou endovaginale et le dosage du CA 125 ne sont pas des tests de dépistage suffisamment sensibles et spécifiques. Ils conduiraient à un taux de vérification chirurgicale trop important (61).

Un article de la revue Prescrire estime en 2012 que le dépistage des cancers de l'ovaire peut s'avérer délétère. Un essai randomisé de 2011, associant échographie endovaginale et dosage du Ca 125 versus absence de dépistage, a été réalisé chez des patientes âgées de 55 à 75 ans. Après 12 ans, l'étude n'a montré aucune diminution de mortalité totale ou par cancer de l'ovaire. Au contraire, le dépistage a mené à une augmentation des interventions chirurgicales exposant les femmes à de graves complications (62).

2. Cancer de l'endomètre

Concernant le cancer de l'endomètre, il n'y a pas de consensus concernant son dépistage. Les principales raisons sont les suivantes : ce dernier est un cancer de « bon pronostic ». En effet, le cancer de l'endomètre est diagnostiqué à un stade précoce, et donc facilement accessible à un traitement assurant un taux de survie conséquent. Le plus souvent à un stade précoce, des métrorragies post-ménopausiques sont présentes conduisant à un diagnostic rapide. De part son évolution lente, un retard au diagnostic ne

semble pas affecter de façon significative la survie des patientes. Enfin, aucun examen ne remplit les conditions de dépistage préalablement définies (61).

3. Cancer du col de l'utérus

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est indiqué jusqu'à l'âge de 65 ans en France. A ce jour, peu de données ont évalué l'intérêt du dépistage au-delà de 65 ans. Cependant, en 2012, plus de 25 % des cancers du col utérin concernaient des femmes de plus de 65 ans. Une étude canadienne a également mis en évidence qu'il y a aucune diminution du taux de détection de lésions épithéliales de haut grade après 65 ans (63). Cette tendance peut éventuellement s'expliquer par le fait que les femmes non participantes au dépistage sont des femmes de 50 à 65 ans. En effet, une étude cas témoin a démontré l'intérêt de poursuivre le dépistage au-delà de 65 ans uniquement chez les femmes n'ayant pas eu depuis l'âge de 50 ans (64).

Une méta-analyse, portant sur la prévalence des infections par HPV dans les cinq continents, a été réalisée entre 1995 et 2009 chez plus d'un million de femmes (65). Malgré un faible nombre de sujets âgés inclus, il a été mis en évidence un deuxième pic de prévalence chez les femmes de plus de 55 ans. Ceci peut s'expliquer en partie par une réactivation d'une infection latente secondaire aux changements hormonaux provoqués par la ménopause, un changement d'habitudes ou de partenaires sexuels à cet âge ou par simple effet de cohorte. Aucune étude actuellement ne confirme ces résultats.

La difficulté d'établir une limite supérieure d'âge pour le dépistage par FCU est d'ordre internationale compte tenu du manque de données. Aux Etats-Unis, les recommandations des guides de pratiques des spécialistes sont : 65 ans sans antécédents de

FCU pathologiques et 3 FCU normaux ou 2 co-tests (frottis et test HPV à haut risque) négatifs sur les 10 dernières années (66).

Au Canada, le dépistage par FCU cesse à 65 ans si les résultats des deux derniers tests effectués au cours des 10 dernières années sont négatifs. Tout autre situation doit être individualisée selon le moment du dernier test ou situation particulière de la femme notamment le fait d'avoir un nouveau partenaire sexuel au cours des dernières années (67).

Au Royaume-Uni, l'intervalle de dépistage est de 5 ans chez les femmes plus âgées jusqu'à 64 ans.

L'un des objectifs du plan cancer 2014 - 2019 est la mise en place d'un dépistage du cancer du col utérin organisé. Le but étant de lutter contre les inégalités d'accès et de recourir au dépistage du cancer du col utérin, notamment chez les femmes les plus vulnérables ou ne réalisant pas le dépistage, donc les femmes de 50 à 65 ans. Des programmes pilotes de dépistage organisé sont actuellement en cours dans 10 départements. L'objectif est d'atteindre un taux de couverture de 80 % dans la population et donc indirectement de diminuer l'incidence du cancer du col utérin chez les femmes de plus de 65 ans en détectant les lésions à un stade précoce (68).

4. Cancer du sein

Concernant le cancer du sein, en 2004, l'HAS a étendu le dépistage organisé à l'âge de 74 ans. Or, le risque des femmes des tranches d'âge 75 - 79 ans et 80 - 84 ans est supérieur à celui de la tranche d'âge 50 - 54 ans (13).

Dans son rapport de 1999, l'ANAES a conclu à un bénéfice en terme de mortalité évitée pour les femmes de 50 à 69 ans. Pour les femmes de 70 à 74 ans, l'incidence du

cancer du sein était majeure mais les données concernant l'efficacité du dépistage de masse étaient rares. Malgré ce manque de données, l'ANAES a recommandé la poursuite du dépistage entre 70 et 74 ans pour toutes les femmes. En 2013, l'HAS a publié une note de cadrage sur le dépistage du cancer du sein de 70 à 79 ans. Ces travaux s'appuient sur les recommandations internationales et les rapports des agences d'évaluations. Ce rapport rappelle que les données d'efficacité du dépistage disponibles actuellement pour cette tranche d'âge sont rares. Aucune femme de 75 - 79 ans n'était incluse dans les grands essais randomisés. Dans ce contexte, des travaux ont été débutés par l'HAS permettant d'évaluer la pertinence du dépistage du cancer du sein chez les femmes de 70 à 74 ans et de 75 à 79 ans. Cette enquête prend en compte la qualité de vie (pouvant être altérée par des traitements, des diagnostics et des explorations par excès) et l'espérance de vie de ces femmes. En fonction des résultats, l'enjeu sera la modification du programme de dépistage organisé (69). En septembre 2016, la revue Prescrire rappelle l'intérêt d'informer les patientes sur les bénéfices et les risques liés au dépistage du cancer du sein (faux positifs donnant lieu à des diagnostics par excès ou des traitements inutiles). Ainsi, les femmes décideront ou non de participer au dépistage avec un consentement libre et éclairé (70).

En 2010, le CNGOF a publié un article sur l'épidémiologie et les caractéristiques du cancer du sein chez la femme âgée. Cet exposé rapporte un pronostic pour les femmes âgées atteintes d'un cancer du sein tout aussi favorable que celui des femmes jeunes. En effet, la femme âgée présente plus souvent des facteurs de bon pronostic tels que des grades tumoraux, des index de prolifération moins élevés que la femme jeune, des cancers le plus souvent hormono-dépendants.

L'examen clinique et la lecture mammographique sont d'autant plus facilités par l'âge et l'involution adipeuse des seins. Cependant, une étude américaine montre que 85 % des femmes âgées détectent leur cancer du sein elle-même, 12 % par le médecin et seulement 5 % par la mammographie.

Compte tenu de l'arrêt des dépistages mammographiques à 74 ans, de la diminution de la pratique de l'examen clinique gynécologique, des études ont montré que nous diagnostiquons trois fois plus de formes métastatiques chez le sujet âgé que chez la femme jeune malgré les facteurs de bon pronostic (71).

Devant ces arguments, grâce à l'efficacité du suivi régulier par mammographie et de l'augmentation de l'incidence avec l'âge, de nombreux auteurs annoncent qu'il n'y pas de raison valable de refuser le dépistage aux patientes de moins de 85 ans (72). Le rapport d'oncogériatrie de 2009 souligne que l'espérance de vie supposée du patient (incluant la sévérité des comorbidités) et l'évolutivité de la tumeur sont deux facteurs à prendre en considération pour dépister les cancers chez le sujet âgé (13). En 2003, l'American Cancer Society avait également précisé un âge limite de 79 ans. Au-delà de cet âge, la décision de dépister ne prend pas en compte « l'âge chronologique » mais l'espérance de vie estimée (73). Pour les patientes de plus de 75 ans n'étant plus concernées par le dépistage de masse, un dépistage individuel à l'initiative du patient, de la famille ou du médecin traitant peut être réalisé s'ils le jugent pertinent. Des études américaines confirment ces données. En effet, l'American College of Obstetricians-Gynecologist (ACOG), en reprenant des données de méta-analyses, montre que la poursuite du dépistage mammographique jusqu'à l'âge de 79 ans entraîne une diminution des coûts de santé publique et également un gain d'espérance de vie chez les patientes dépistées (74)(75).

Sur le plan thérapeutique, des adaptations sont également à prendre en compte. A la différence des patientes jeunes, les comorbidités, les temps opératoires, les chirurgies invasives peuvent entraîner des complications peropératoires pouvant conduire à une perte d'autonomie et d'incapacité pour les patientes. En 2009, le CNGOF publie un article sur la géronto-gynécologie. Il souligne la nécessité de réaliser une évaluation gériatrique approfondie, d'identifier les facteurs de fragilité gériatrique pour proposer des alternatives thérapeutiques adaptées à chaque patiente pour chaque cancer (66). Un rapport d'oncogériatrie de 2009 rappelle que cette évaluation ne peut se faire sans le consentement de la patiente. En effet, elle consulte avant tout dans l'esprit de la prise en charge de son cancer. Son traitement doit être bénéfique et améliorer le pronostic des patientes âgées. Les éléments pronostiques de la femme âgée sont différents de la femme jeune. Ils regroupent la morbi-mortalité, les hospitalisations, l'autonomie physique et psycho-cognitive, l'évitement de l'institutionnalisation, la qualité de vie, le fardeau des aidants et les dépenses de soins et d'aide (13). Les protocoles de soins mis en place privilégient donc le plus souvent des interventions plus courtes, moins invasives (des coelioscopies plutôt que des laparotomies pour les hystérectomies, l'abstraction du curage axillaire pour le cancer du sein), une révision des chimiothérapies pour l'utilisation préférentielle des hormonothérapies le plus souvent mieux tolérées chez le sujet âgé ou des cures de radiothérapie plus courtes (76).

E. PROJETS D'AMELIORATION

1. Améliorer l'information

Plusieurs éléments peuvent être mis en place pour améliorer le dépistage des cancers gynécologiques en médecine générale.

Dans un premier temps, améliorer l'information auprès des patientes favoriserait une implication plus importante de celles-ci pour le dépistage des cancers gynécologiques et ceci à différents niveaux :

- informer les patientes sur les capacités des médecins généralistes à effectuer un suivi gynécologique standard. Ceci permettrait de « libérer les gynécologues » pour des suivis spécialisés compte tenu de la démographie médicale à venir. La proximité du médecin pourrait devenir un argument facilitant l'accès au dépistage ;
- éduquer les femmes sur la nécessité de poursuivre un suivi gynécologique malgré l'absence d'activité sexuelle ou l'apparition de la ménopause ;
- favoriser l'observance en informant les patientes sur les différentes étapes de l'examen gynécologique, les bénéfices attendus, les modalités des dépistages et la prise en charge totale des actes par l'Assurance Maladie.

Le médecin traitant tient un rôle majeur à ce niveau. Des actions de prévention, des campagnes d'information peuvent également être menées pour sensibiliser les femmes à la problématique du dépistage des cancers gynécologiques et donc améliorer leurs connaissances en la matière. Différents outils peuvent être mis à disposition tels que des campagnes radios, informatiques ou télévisuelles, des courriers d'informations aux patientes concernées, des dépliants à disposition auprès des différents professionnels de santé.

Pour les professionnels de santé, il serait intéressant de rappeler régulièrement les modalités des différents dépistages pour améliorer leur implication auprès des patientes et renouveler leurs connaissances. De plus, le manque de clarté des recommandations chez le sujet âgé rend difficile l'application de celles-ci. Compte tenu du vieillissement de la population, une mise à jour des référentiels est attendue notamment pour la conduite à tenir dans le cadre du dépistage du cancer du sein à 75 ans.

2. Généralisation du dépistage par FCU

Le Conseil de l'Union Européenne recommande la généralisation du dépistage du cancer du col utérin par la réalisation d'un FCU. Ces recommandations s'appuient sur les résultats de la pratique des pays étrangers (77). En effet, le dépistage organisé pour le cancer du col utérin existe en Suède, en Finlande, au Danemark, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et au Canada. Une revue de la littérature sur les taux de participation au dépistage a été publiée en 2005 par le Centre International de Recherche du Cancer. Dans ces pays, le taux de couverture par FCU est en moyenne de 75 % (78).

Dans ce contexte, un programme expérimental organisé a été réalisé dans 5 départements français dans les années 90 : le Bas-Rhin, le Haut-Rhin, l'Isère, le Doubs et la Martinique. En 2009, seuls 4 départements poursuivent l'expérimentation suite à un défaut organisationnel dans le département du Doubs. Après analyse des données, sur la période 2006 - 2008, le taux de couverture est plus élevé dans ces départements métropolitains que la moyenne nationale (64 % pour le Bas-Rhin, 60,7 % pour le Haut-Rhin et 66,2 % pour l'Isère pour une moyenne nationale de 56,6 %). Au sein de la population des femmes de 50 à 65

ans, l'intérêt du dépistage organisé est majeur. Une nette augmentation de la couverture globale chez les plus de 50 ans a été relevée de façon significative. Depuis 2010, 13 départements ont rejoint le dispositif précédemment mis en place. Un protocole commun repose sur une incitation ou relance des femmes qui ne se font pas spontanément dépister individuellement de 25 à 65 ans (79). Les premiers résultats confirment cette tendance avec l'augmentation du taux de couverture par FCU. Le plan cancer 2014 - 2019 prévoit la généralisation du dépistage pour 2018 (35). Une augmentation du dépistage des lésions dans la tranche d'âge 50 - 65 ans permettrait ainsi de réduire l'incidence des cancers du col utérin au-delà de 65 ans.

3. Consultation dédiée de dépistage

Le manque de temps et la gestion de plusieurs motifs de consultation ne permettent pas aux médecins de réaliser ces actions de prévention comme ils le souhaiteraient. Ainsi, il serait intéressant de mettre, à la disposition des patientes et des professionnels de santé, des consultations dédiées au dépistage des cancers. En effet, plusieurs examens de dépistage du cancer sont disponibles et recommandés à l'âge de 50 ans. Au dépistage du cancer du col de l'utérus avec les réalisations des FCU et à l'examen annuel de la peau en prévention d'un mélanome, viennent s'ajouter :

- le dépistage du cancer du sein par mammographie et examen mammaire,
- le dépistage du cancer colorectal avec la recherche de sang occulte dans les selles.

Ces recommandations ont été rappelées aux professionnels de santé sous forme de dépliant en avril 2016 (Annexe 1).

Ce temps de consultation permettrait au médecin de recueillir des données au cours de l'interrogatoire et de l'examen clinique (palpation abdomino-pelvienne, examen gynécologique avec notamment palpation mammaire, réalisation du FCU et examen cutané), et d'informer les patientes sur les modalités de dépistage, leurs avantages et les inconvénients. Le rôle « central » et de coordination du médecin traitant dans les actions de dépistage serait valorisé et pourrait être rassurant pour les patientes.

Pour faciliter l'accès à celle-ci, une invitation serait remise aux patientes par courrier tous les 2 ans, leur annonçant la gratuité de cet acte pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie. Ce courrier informerait indirectement les patientes sur la nécessité de poursuivre le dépistage gynécologique malgré l'étape de la ménopause.

Une valorisation de l'acte avec cotation spécifique de cette consultation pourrait augmenter l'implication des médecins généralistes.

L'organisation de cette consultation peut être basée sur l'examen périodique de santé. Ce bilan est proposé tous les 5 ans dans certaines structures de l'Assurance Maladie de manière gratuite aux patients adultes (80).

La proximité relationnelle et géographique du médecin traitant est un atout majeur et pourrait favoriser le taux de participation pour l'ensemble de ces dépistages.

4. Améliorer la formation des professionnels

La formation des professionnels a été retenue comme un des freins au dépistage des femmes. Différentes formations sont pourtant accessibles aux médecins généralistes :

- les DIU de gynécologie obstétrique ;
- les Formations Médicales Continues de gynécologie.

Une formation gynécologique de base paraît indispensable, notamment la mise en place d'un spéculum, la réalisation d'un FCU et la palpation mammaire. Ces compétences pourraient s'acquérir au cours d'un stage obligatoire que ce soit au cours de l'externat ou de l'internat. Au cours du TCEM, le stage de gynécologie est laissé au choix avec celui de pédiatrie ou peut être intégré au cours du stage libre. Ainsi, privilégiant la pédiatrie, de nombreux internes terminent leur cursus sans formation pratique dans ce domaine. Comme le stage en PMI (Protection Maternelle et Infantile) ou les sessions d'informations à l'Assurance Maladie, quelques jours en cabinet de gynécologie complèteraient leur savoir-faire.

A Rouen, une formation et une évaluation des gestes pratiques pour les internes de médecine générale ont été mises en place sous forme d'ECOS (Examen Clinique Objectif Structuré). Celles-ci permettent d'acquérir les compétences pratiques de base de gynécologie, notamment la réalisation d'un FCU. Une généralisation nationale de ce type de formation pour l'ensemble des internes en France assurerait une formation gynécologique nécessaire au dépistage des cancers.

5. Auto-prélèvements

Pour améliorer la participation au dépistage, un test de dépistage à l'HPV est actuellement disponible. Ce dernier consiste, à l'aide d'un coton-tige, en la réalisation d'un auto-prélèvement vaginal pouvant s'effectuer au domicile de la patiente. Il permet de détecter les HPV à haut risque. Une étude récente montre que cet examen est performant avec une sensibilité estimée à 88,7 % et une spécificité de 92,5 %. Ce prélèvement pourrait devenir une alternative au FCU, notamment chez les patientes pudiques ou réticentes à

l'examen gynécologique. Cette technique pourrait augmenter la couverture de dépistage du cancer du col de l'utérus, notamment pour les femmes non participantes au dépistage actuel. Une étude réalisée dans les Ardennes, visant à analyser l'acceptabilité d'un nouveau test de dépistage par les femmes et les professionnels de santé, a été réalisée. Le premier constat est que la mise en place d'un nouveau test s'avère difficile et ne pourra s'envisager que progressivement (81).

V. CONCLUSION

Compte tenu de l'évolution démographique de la population féminine et des professionnels de santé, le médecin généraliste a une place prépondérante dans le dépistage des cancers gynécologiques chez les femmes de plus de 65 ans. Cette tendance ne fera que s'accroître dans les années à venir. Ceci amène à se poser la question de l'extension des limites supérieures d'âge des dépistages et donc la révision des recommandations nationales.

Dans notre étude qualitative, la volonté et l'implication du médecin généraliste sont des facteurs facilitants la prévention onco-gynécologique de ces femmes.

En dépit de ce constat, de nombreux freins et obstacles entravent le bon déroulement de ce suivi :

- certains proviennent des médecins eux-mêmes (compétences insuffisantes, manque d'équipements, désintérêt pour la discipline, ...), de l'âge physiologique de leurs patientes ou de leurs conditions de travail (chronophagie de la gynécologie, gestion des motifs multiples de consultation, ...);
- d'autres relèvent des représentations que se font les femmes (inefficacité du suivi, réticences, capacités du praticien méconnues, ...).

Afin d'améliorer les taux de participation au dépistage et de limiter la morbidité liée aux cancers, il est essentiel que les patientes prennent conscience des compétences de leur médecin généraliste et de la nécessité de poursuivre ces dépistages. Le médecin traitant est le premier interlocuteur des patientes. Plusieurs pistes pour améliorer le taux de

participation ont été évoquées dans ce travail comme une consultation dédiée par le médecin généraliste.

Une étude complémentaire visant à préciser sa faisabilité et son retentissement serait intéressante à réaliser pour permettre une évolution adaptée du système.

BIBLIOGRAPHIE

1. Société Européenne de Médecine générale-Médecine de famille. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. WONCA Europe 2002.
2. Fayolle E, Vallée J. Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes. *Exercer*. 2013; 24(107).
3. Insee - Population - Bilan démographique 2014 - Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2015.
4. Insee - Population - Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 - La population continue de croître et le vieillissement se poursuit. 2006.
5. CHRU de Montpellier, Cancers gynécologiques.2015
6. Institut National Du Cancer. Le programme de dépistage organisé - Dépistage du cancer du sein. Septembre 2015.
7. Prescrire rédaction. Dépistage du cancer du sein : Ne pas oublier d'inspecter et de palper les seins. *Février 2002*;22(225):123.
8. HAS, Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Juillet 2010.
9. Caisse Nationale Assurance Maladie. Indicateur sur le dépistage du cancer. 2012.
10. Prescrire rédaction. Cancer du col de l'utérus: aussi après 65 ans. *Juillet-aout 2005*;25(263):536.
11. Institut National du Cancer. Dépistage et prévention de cancer du col de l'utérus - Le rôle du médecin généraliste. Janvier 2016
12. Flajolet. La prévention: définitions, notions générales sur l'approche française, et comparaison internationale. 2001.
13. Institut National du Cancer. État des lieux et perspectives en oncogériatrie. mai 2009.
14. Institut National du Cancer. Epidémiologie des cancers. Février 2016.
15. Institut National du Cancer. Incidence et mortalité estimées par classe d'âge et par localisation cancéreuse en 2012. Septembre 2016.
16. Institut National de Veille Sanitaire. Les nouvelles données sur la survie des personnes atteintes de cancers en France métropolitaine. Février 2016.
17. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Epidémiologie et caractéristiques du cancer du sein de la femme âgée. 2010 déc.
18. Courbiere B, Carcopino X. KB Médecine Gynécologie obstétrique. Edition VG,2011.
19. Haute Autorité de Santé - Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage. Mars 2014.
20. Haute Autorité de Santé - ALD n° 30 - Cancer de l'ovaire. Janvier 2010.
21. Haute Autorité de Santé - ALD n° 30 - Cancer invasif du col utérin. Janvier 2010.
22. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). 2013 juin.
23. Haute Autorité de Santé - ALD n° 30 - Cancer de l'endomètre. Décembre 2010.
24. Aubin-Auger I, ,Baumann L, Imbert P, Lehr-Drylewicz A, Letrilliart L , Mercier A, et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone : GROUM-F. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer* 2008. (84):142-5.
25. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins

- généralistes d'Ile de France. Thèse Med; Paris; Faculté de médecine. 2010.
26. Institut National de Veille Sanitaire. Evolution des taux de participation au programme national de dépistage organisé du cancer du sein par classe d'âge, depuis 2005. Octobre 2016.
 27. Institut National de Veille Sanitaire. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2014-2015. Avril 2016
 28. Institut National Du Cancer. Médecins généralistes et dépistage des cancers - Ref : ENQBAROMG11. Septembre 2010
 29. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. (Article L4130-1)
 30. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. Santé publique 2005;1:109-19.
 31. Humeau – Aubin S, GYNÉCOLOGIE MÉDICALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE Etat des lieux et perspectives à partir d'une enquête menée auprès de 40 médecins généralistes, 10 résidents et 154 patientes. Thèse Med; Nantes. Faculté de médecine. 2004.
 32. Carles K épouse Ferreira. Mise en évidence des freins et moteurs à la consultation gynécologique chez les femmes de 50 à 65 ans dans les Alpes Maritimes et place du médecin traitant dans ce suivi. Thèse Med; Nice. Faculté de médecine. 2013.
 33. BROSSET M. Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire dans leur pratique gynéco- obstétricale : une étude quantitative. Thèse Med; Tours. Faculté de médecine. 2013.
 34. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Oui la santé des femmes est et sera assurée - Gynécologie médicale. Octobre 2008
 35. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et Ministère de la santé et des sports. Plan Cancer 2014-2019,
 36. Institut BVA - Sondages : Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. Synthèse des résultats. Novembre 2008.
 37. Ora M. Orientation (médecin généraliste versus gynécologue) et motivations des femmes pour leurs prises en charge gynécologique de première intention. Thèse Med; Paris XII. Faculté de médecine, 2007.
 38. Megret V. Vision de la consultation gynécologique par les patientes dans le cabinet de médecine générale. Thèse Med; Toulouse. Faculté de médecine, 2010.
 39. Gambiez-Joumard A. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico utérin. Exercer 2011;98:122-8.
 40. Lauchet N. Pratique de la gynécologie médicale des médecins généralistes libéraux de la Haute Vienne, obstacles et besoins de formation identifiés. Thèse Med; Limoges. Faculté de médecine, 2010.
 41. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. Que disent les médecins généralistes de leurs besoins de formation en gynécologie ? 2002;3(1).
 42. ORS Bourgogne. Prévention des cancers gynécologiques : quelles relations des femmes à la santé et au système de soins ? Septembre 2004.
 43. Champeaux R. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale : point de vue de médecins généralistes et de patientes. Enquête réalisée au sein du département des Deux Sèvres. Thèse Med; Poitiers. Faculté de médecine. 2013.
 44. Delannoy-Eglinger A. À propos du suivi gynécologique : médecin généraliste ou spécialiste?

Etude du parcours de soins et de l'activité des médecins généralistes en gynécologie. Thèse Med; Lille. Faculté de médecine. 2009.

45. Bancon S. L'enjeu relationnel et thérapeutique de l'examen du corps en consultation de médecine générale. Thèse Med; Lyon. Faculté de médecine, 2008.
46. Rocher J. Représentation et ressenti de l'examen gynécologique et du frottis cervico utérin par les femmes non participantes au dépistage du cancer du col utérin. Thèse Med; Paris XII; faculté de médecine. 2014.
47. ORS Bourgogne Franche-Comté. Prévention des cancers gynécologiques : points de vue des médecins sur les modalités de dépistage en Bourgogne. 2004.
48. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le serment d'Hippocrate.
49. Prescrire rédaction. Dépister les cancers du sein sans mammographie? Avril 2006;26(271):286.
50. Baines CJ, Miller AB, To T, Wall C. Canadian National Breast Screening Study-2: 13-Year Results of a Randomized Trial in Women Aged 50–59 Years. J Natl cancer Inst. Septembre 2000, 20;92(18):1490-9.
51. Institut National de Veille Sanitaire. Programme de dépistage du cancer du sein en France : résultats 2010, évolutions depuis 2006. Mai 2013.
52. Kitterie L. Déterminants subjectifs et objectifs de la pratique gynécologique en médecine générale : étude qualitative auprès de quinze médecins généralistes du Lot-et-Garonne. Thèse Med; Bordeaux. Faculté de médecine. 2014.
53. Perissin-Pirasset M. Pratique de la gynécologie en médecine générale: états des lieux et perspectives, attentes et ressenties des médecins généralistes. Thèse Med; Caen. Faculté de médecine.2010.
54. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. Annexe V.
55. Royer Baranger L. Etat des lieux des apprentissages des pratiques gynécologiques des internes en médecine générale en stage ambulatoire: enquête auprès des internes en stage praticien et SASPAS. Thèse Med; Angers. Faculté de médecine. 2010.
56. Ravelojaona A. Suivi gynécologique par les médecins généralistes libéraux des Pyrénées-Atlantiques : état des lieux, freins objectifs et subjectifs. Thèse Med; Bordeaux. Faculté de médecine. 2013.
57. Mauran N. Place du médecin généraliste en gynécologie-obstétrique. Thèse Med ; Bordeaux. Faculté de médecine. 2010.
58. Chapelet G, Berrut G, Bourbouloux E, Campone M, Derkinderen P, Decker L. Étude des pratiques de dépistage du cancer chez la personne âgée ayant une démence. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement. 2015;13(2):133-140.
59. MG France, le syndicat des médecins généralistes. ECG, Frottis, Biopsies. Décembre 2014.
60. ANAES. Guide méthodologique : comment évaluer a priori un programme de dépistage ? 2004 Mai.
61. Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français, Descamps P. Peut-on réaliser le dépistage des cancers ovariens et de l'endomètre? Décembre 1997.
62. Prescrire rédaction. Dépistage des cancers de l'ovaire : délétère. Février 2012;32(340):129.
63. Clarke A, Colgan TJ, Hakh N , Seidenfeld A. Screening for cervical disease in mature women: strategies for improvement. Aout 2002. 25;96(4):195-203.
64. Adams J, Cuzick J, Sasieni P. Benefit of cervical screening at different ages: evidence from the

UK audit of screening histories. Jul 7;89(1):88-93.

65. Bosch FX, Bruni L, Castellsague X, Dias M, Ferrer E, Cervical human papillomavirus prevalence in 5 continents: meta-analysis of 1 million women with normal cytological findings. The journal of infectious diseases. Décembre 2015. 202(12):1789-99.

66. Cervical Cancer Screening - the American Congress of Obstetricians and Gynecologists. Février 2016.

67. Institut National de Santé Publique du Québec. Lignes directrices sur le dépistage du cancer du col utérin au Québec. Juin 2011.

68. Institut National du Cancer. Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus: Revue de la littérature, Etude médico-économique, Phase 1. 2015 Décembre.

69. Haute Autorité de Santé. NOTE DE CADRAGE Dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 49 ans et de 70 à 79 ans en France. 2013 mars.

70. Prescrire Rédaction. Cancers du sein : bénéfices et risques du dépistage. septembre 2016.

71. Cumming FJ, Glicksman AS, Golberg RJ, Fretwell MD, Masterson-Allen S, Mor V. Relationship between age at diagnosis and treatments received by cancer patients. Journal of the American Geriatrics Society. 1985 Sep;33(9):585-9.

72. Hollenberg JP, Mandelblatt JS, Monane M, Moshief RD, Tang J, Wheat ME. Breast cancer screening for elderly women with and without comorbid conditions. A decision analysis model. Annals of Internal Medicine. 1992 May 1;116(9):722-30.

73. American Cancer Society. American Cancer Society guidelines for breast cancer screening: update 2003. A Cancer Journal for Clinicians 2003 May-Jun;53(3):141-69.

74. Cauley JA, Cummings SR, Kerlikowske K, Phillips KA, Salzman P. Continuing screening mammography in women aged 70 to 79 years: impact on life expectancy and cost-effectiveness. Journal of the American Medical Association. 1999 Dec;282(22):2156-63.

75. Practice Bulletin No. 122: Breast Cancer Screening. : Obstetrics & Gynecology . Aout 2011 ;118(2 Pt 1):372-82.

76. Marpeau L, Resch B, Ricbourg A, Schaal J., Sergent F, College National des Gynécologues Ostétriciens Français. Géronto-gynécologie : le dilemme du vieillissement. 2009 déc.

77. Comité consultatif pour la prévention du cancer. Recommandations concernant le dépistage du cancer dans l'Union Européenne. Novembre 1999.

78. Brindel P, Garnier A,. Les programme de depistage organisé du cancer du col de l'utérus en Europe : Etats des lieux en 2013. Mai 2014.

79. Belter N, Duport N. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus évaluation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus dans les quatre départements pérennes et les neuf départements expérimentaux. Expérimentation 2010-2014. Saint Maurice : Santé publique France; 2016.46p

80. Ameli. Bilan de santé gratuit. 2015

81. Duport N, Viguier J. Des études essentielles pour la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. mai 2014.



DÉPISTAGE
DES CANCERS
PARLONS-EN

Document destiné aux professionnels de santé – État des connaissances au 29 avril 2016

DÉPISTAGE DES CANCERS : RECOMMANDATIONS ET CONDUITES À TENIR

> CANCER COLORECTAL

- **Patient(e) à risque moyen** : proposer le test de recherche de sang occulte dans les selles **tous les 2 ans aux femmes et aux hommes de 50 à 74 ans**. Le test est disponible à la commande sur votre Espace Pro d'Ameli.fr ou auprès de votre structure de gestion.
- **Patient(e) à risque élevé** : orientation vers un gastro-entérologue pour une coloscopie.
- **Patient(e) à risque très élevé (suspecté ou avéré)** : consultation d'oncogénétique et suivi adapté.

> CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Effectuer ou préconiser un frottis cervico-utérin **tous les 3 ans** (après 2 frottis normaux à 1 an d'intervalle), **pour les femmes entre 25 et 65 ans**. Bien qu'il existe des vaccins, **le dépistage régulier reste indispensable** : les femmes doivent continuer à faire régulièrement des frottis.

> CANCER DU SEIN

- **Patiente à risque moyen** : recommander un dépistage par mammographie **tous les 2 ans aux femmes âgées de 50 à 74 ans dans le cadre du dépistage organisé**. Si la patiente n'a pas reçu son invitation, lui proposer de contacter la structure de gestion en charge des dépistages dans son département.
- **Patiente à risque élevé** : examens et suivi adaptés **selon les antécédents**.
- **Patiente à risque très élevé (suspecté ou avéré)** : consultation d'oncogénétique et suivi adapté.

> MÉLANOME

- **En présence d'un(e) patient(e) à risque** :
→ l'orienter vers un dermatologue en vue d'un examen annuel de la peau ;
→ lui recommander de pratiquer l'autoexamen cutané une fois par trimestre (règle ABCDE) ;
→ en cas de lésion suspecte, adresser le/la patient(e) sans délai à un dermatologue.

LE CAS DU DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE

En France et à l'étranger, **aucune autorité sanitaire ne recommande le dépistage systématique par dosage du PSA chez les hommes**. La HAS précise qu'il n'a pas été retrouvé d'éléments scientifiques permettant de justifier un dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA, y compris dans des populations considérées comme plus à risque. Toutes les recommandations rappellent que les hommes qui envisagent de passer un dépistage du cancer de la prostate doivent **être clairement informés de ses avantages et de ses inconvénients**.

Un document d'information sur les recommandations actuelles et sur les bénéfices et risques du dépistage du cancer de la prostate est à votre disposition sur e-cancer.fr. Si un patient asymptomatique vous sollicite, vous pouvez lui remettre la brochure « Dépistage du cancer de la prostate : s'informer avant de décider », disponible sur e-cancer.fr.



CANCER COLORECTAL

42 000 nouveaux cas et 17 500 décès par an⁽¹⁾.
Rare avant 50 ans (< 5% des cas).
Détecté au stade I et II, le taux de survie à 5 ans est supérieur à 90%.

> CONDUITES À TENIR

EN PRÉSENCE DE SYMPTÔMES

Présence de sang rouge ou noir dans les selles, troubles du transit ou douleurs abdominales d'apparition récente, amaigrissement inexpliqué...

→ Orientation vers un gastro-entérologue pour une coloscopie.

EN L'ABSENCE DE SYMPTÔMES

• **Personne à risque moyen**
– Femmes et hommes âgés de 50 à 74 ans sans facteur de risque.
→ Test de recherche de sang dans les selles dans le cadre du dépistage organisé.

• **Personne à risque élevé**

– Antécédent personnel de cancer colorectal ou d'adénome.

– Antécédent familial de cancer colorectal ou d'adénome avancé (1 parent du 1^{er} degré < 65 ans, ou 2 parents du 1^{er} degré quel que soit l'âge).

– Antécédent de maladie inflammatoire chronique (rectocolite hémorragique et maladie de Crohn).

→ Orientation vers un gastro-entérologue pour une coloscopie.

• **Personne à risque très élevé**

– Suspicion : cancer avant 50 ans, récurrence familiale

– Avère : mutation identifiée

(Polypose adénomateuse familiale,

cancer colorectal héréditaire

non polyposique (HNPCC

ou syndrome de Lynch).

→ Consultation d'oncogénétique et suivi endoscopique adapté.

CANCER DU SEIN

49 000 nouveaux cas et 11 900 décès par an⁽¹⁾.
L'incidence augmente rapidement après 35 ans.
Lorsque le cancer est détecté à un stade précoce (0, I, II), les chances de survie à 5 ans sont supérieures à 95%.

> CONDUITES À TENIR

EN PRÉSENCE DE SYMPTÔMES

Tuméfaction, rétraction cutanée ou mamelonnaire, inflammation, écoulement mamelonnaire, adénopathie axillaire...

→ Examens de diagnostic (mammographie, échographie, biopsie...).

EN L'ABSENCE DE SYMPTÔMES

• **Personne à risque moyen**
– Femmes âgées de 50 à 74 ans asymptomatiques et ne présentant pas de risque particulier.

→ Mammographie tous les 2 ans dans le cadre du dépistage organisé.

• **Personne à risque élevé**

– Femmes avec antécédent de cancer du sein ou de carcinome canalaire in situ.

→ Examen clinique tous les 6 mois pendant les 2 ans suivant la fin du traitement, puis tous les ans et mammographie annuelle unilatérale ou bilatérale suivie ou non d'une échographie.

– Femmes avec antécédent d'hyperplasie atypique canalaire ou lobulaire.

→ Mammographie annuelle pendant 10 ans, suivie ou non d'une échographie. A la fin des 10 ans, si la patiente a + de 50 ans : elle est dirigée vers le dépistage organisé;

CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Un dépistage régulier de la population cible devrait permettre de réduire l'incidence des cancers invasifs de 90%.
3 000 nouveaux cas et près de 1 100 décès par an⁽¹⁾.
Pic d'incidence à 40 ans pour les cancers invasifs.

> RECOMMANDATIONS ET CONDUITES À TENIR

STRATÉGIE DE DÉPISTAGE

Le frottis cervico-utérin est recommandé tous les 3 ans après 2 frottis annuels normaux chez les femmes âgées de 25 à 65 ans (sauf chez les femmes hystérectomisées ou n'ayant jamais eu de rapports sexuels).

CONDUITES À TENIR SELON LE RÉSULTAT DE L'EXAMEN

→ Frottis normal

→ Nouveau frottis à programmer en respectant le calendrier.

– ASC-US ou présence d'atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée : contrôle du frottis à 6, 8 et 30 mois, ou « triage » par test HPV ou colposcopie.

→ Colposcopie/biopsie si persistance des anomalies cytologiques ou si test HPV positif.

– Lésion malpighienne intraépithéliale de bas grade.

→ Contrôle du frottis à 6, 12 et 24 mois ou colposcopie.

→ Colposcopie/biopsie si persistance des anomalies cytologiques.

– Lésion malpighienne de haut grade, ou ASC-H (atypies ne permettant pas d'exclure une lésion de haut grade).

→ Colposcopie/biopsie.

– Anomalies des cellules glandulaires.

→ Colposcopie/biopsie, curetage de l'endocol.

CANCER DE LA PEAU (MÉLANOME)

11 800 nouveaux cas de mélanome et 1 670 décès par an⁽¹⁾.
L'incidence a triplé ces 20 dernières années.
Le taux de survie à 5 ans est supérieur à 90% lorsque la taille de la tumeur est < 1 mm (indice de Breslow).

> RECOMMANDATIONS

LES FACTEURS DE RISQUE À RECHERCHER

- Antécédent personnel ou familial de mélanome.
- Nombre de nævus atypiques > 2.
- Nombre de lésions mélanocytaires (nævus communs) > 40.
- Antécédent de brûlure solaire.
- Exposition aux UV artificiels.
- Ephélides (taches de rousseur) nombreuses.
- Phototype cutané de type I (peau extrêmement blanche, cheveux blonds ou roux, yeux bleus/verts).
- Nævus congénital géant (diamètre > 20 cm).

En présence d'un patient à risque :
– l'orienter vers un dermatologue en vue d'un examen annuel de la peau ;
– lui recommander de pratiquer un autoexamen cutané une fois par trimestre (règle ABCDE) ;
– l'informer sur les risques de l'exposition solaire et de l'exposition aux UV artificiels.

UNE LÉSION DOIT ÊTRE CONSIDÉRÉE COMME SUSPECTE SI 2 DES CRITÈRES SUIVANTS SONT PRÉSENTS

- Asymétrie : forme non circulaire avec 2 moitiés qui ne se ressemblent pas.
- Bords irréguliers.
- Couleur non homogène.
- Diamètre en augmentation (en général supérieur à 6 mm)
- Évolution : toute tache pigmentée qui change d'aspect.

→ En cas de lésion suspecte, adresser le patient sans délai à un dermatologue.

e-cancer.fr

(1) Données publiées dans « Les Cancers en France – INCa Édition 2015 ».

Annexe 2 : Guide d'entretien

Je suis interne en médecine générale à la faculté de médecine de Rouen.

- Cadre : L'enquête s'inscrit dans le cadre de la réalisation de ma thèse de médecine générale.

- Objectif : Décrire la pratique de l'examen gynécologique en médecine générale afin de dépister des cancers gynécologiques chez les femmes de plus de 65 ans, recenser les difficultés et limites rencontrées.

- Justification : Le médecin généraliste a un rôle cible dans le dépistage de ces cancers. L'âge de découverte de la majeure partie des cancers gynécologiques est de 65 ans.

- Méthodes : « Je réalise une enquête qualitative par l'intermédiaire d'entretiens semi dirigés avec des médecins généralistes de la région pour connaître votre pratique de l'examen gynécologique au cabinet chez la femme de plus de 65 ans, recenser les limites et difficultés rencontrées pour le dépistage des cancers gynécologiques ».

Je tiens d'abord à vous remercier de participer à mon étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

➤ Etat civil

- Êtes-vous un homme ou une femme ?
- Quel âge avez-vous ?

➤ Activité et patientèle

- Années de début d'exercice :
- Votre activité est-elle majoritairement rurale ou urbaine ?
- Exercez-vous seul en cabinet ou en groupe ?
- Quel est votre nombre d'acte par semaine environ ?
- Dans votre patientèle, quelle est approximativement la proportion de femmes de plus de 65 ans ?
- Y a-t-il un gynécologue à proximité dans votre ville ? :
- Selon vous, comment à évoluer votre nombre de consultations de gynécologie depuis les 5 dernières années ?
 - Stabilisation :
 - Augmentation
 - Diminution
- Chez les femmes de plus de 65 ans ?

➤ Formation complémentaire

- Avez-vous une formation complémentaire
 - en gériatrie ?
 - en gynécologie ?
- Suivez-vous régulièrement des FMC ?

➤ Faites-vous des consultations de gynécologie au cabinet ?

- Si non : pourquoi ?

1. **Proposez-vous régulièrement la réalisation d'un examen gynécologique aux femmes de plus de 65 ans ? Si non pourquoi ?**

2. Que faites-vous en pratique dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ?

- Prescription d'examen complémentaire : FCU, mammographie ?
- Palpation pelvienne ?
- Toucher vaginal (TV) ?
- Pose spéculum ?
- Palpation mammaire, aires ganglionnaires ?
- Frottis-Cervico-Utérin ?

3. Une des missions du médecin généraliste est la prise en charge du patient dans sa globalité. Selon vous, avez-vous votre place dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ? Pourquoi ?

Relance : S'agit-il d'un manque d'intérêt pour la discipline ?

4. Quelle est votre expérience personnelle concernant l'examen gynécologique chez les femmes de plus de 65 ans ?

- Relance : Selon vous, les femmes sont-elles suffisamment informées sur vos capacités à réaliser un examen gynécologique ?
- Relance : Selon vous les femmes sont-elles informées de la nécessité de poursuivre le dépistage au-delà de 65 ans par un examen clinique ?
- Relance : Votre pratique est-elle influencée par les comorbidités des patientes ? Par leur âge ?
- Relance : L'installation pour l'examen gynécologique est-il un obstacle ?

5. Comment pensez-vous être perçu par les patientes sur vos capacités à réaliser leurs examens gynécologiques ?

Quels critères peuvent influencer leurs demandes dans le domaine gynécologique ?

- Relance : Selon vous, votre âge influencent-elles leurs attentes ?
- Relance : Selon vous, le fait que vous soyez un homme influencent-elles leurs attentes ?
- Relance : Selon vous, le fait que vous soyez le médecin de famille influencent-elles leurs attentes ?

6. Quels sont les 3 principales difficultés et obstacles rencontrés pour aborder et pratiquer l'examen gynécologique de ces femmes ?

1. Manque de temps
2. Manque de matériel, équipements
3. Formation insuffisante
4. Manque de recommandations dans cette tranche d'âge
5. Manque de demande, pas de suivi voulu chez certaines femmes
6. Manque d'intérêt pour la gynécologie
7. Gêné de votre part ou de la patiente (pudeur, inconfort)
8. Age et sexe du praticien
9. Gestion simultanée de plusieurs motifs de consultations

Je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions.

Merci et bonne journée.

Annexe 3 : Les entretiens

Entretien n°1

Je tiens d'abord à vous remercier de participer à mon étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

➤ **Etat civil :**

- Êtes-vous un homme ou une femme ? Une femme.
- Quel âge avez-vous ? 28 ans.

➤ **Activité et patientèle**

- Années de début d'exercice : 2015.
- Votre activité est-elle majoritairement rurale ou urbaine ? Urbaine.
- Exercez-vous seule en cabinet ou en groupe ? Seule.
- Quel est votre nombre d'actes par semaine environ ? 70.
- Dans votre patientèle, quelle est approximativement la proportion de femme de plus de 65 ans ? Aucune idée.
- Y a-t-il un gynécologue à proximité dans votre ville ? Oui.
- Selon vous, comment a évolué votre nombre de consultations de gynécologiques depuis les 5 dernières années chez les femmes de moins de 65 ans ? Stabilisation.
- Et chez les femmes de plus de 65 ans ? Diminution.

➤ **Formation complémentaire**

- Avez-vous une formation complémentaire :
 - en gériatrie (DU ou capacité) ? Non.
 - en gynécologie ? Pendant mon internat, j'ai fait 6 mois de gynécologie.
- Suivez-vous régulièrement des FMC ? Oui j'ai fait des séminaires cette année, pas de gynécologie sur l'erreur médicale et tout ça mais oui.

➤ **Faites-vous des consultations de gynécologie au cabinet ?**

Oui.

1. Proposez-vous régulièrement la réalisation d'un examen gynécologique aux femmes de plus de 65 ans ?

Non.

Pourquoi ?

Parce que mon cabinet n'est pas adapté pour réaliser un examen gynécologique. J'ai pas la lampe qu'il faut, j'ai pas ... c'est pas bien adapté pour réaliser un examen gynécologique. (Réflexion) Aussi, parce que en général les femmes de plus de 65 ans ne consultent pas expressément pour ça et comme elles viennent pour plusieurs motifs de consultations c'est difficile de trouver le temps de gérer le renouvellement du traitement pour l'hypertension ou le cholestérol plus l'examen gynécologique, plus le diabète. Enfin ... comme c'est pas une consultation dédiée à la gynéco, en général elles viennent pas pour ça donc y'a pas le temps pour ça.

Je leur prescris un frottis à aller faire au laboratoire, y'a un laboratoire juste à côté d'autant plus que c'est difficile, c'est difficile d'avoir une consultation chez le gynéco juste à côté. Et je leur prescris la mammographie.

2. Que faites vous en pratique dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ?

Frottis euh tous les 2 ans jusqu'à 74 ans et mammographie tous les 2 ans jusqu'à la dernière à 74 ans.

Une palpation pelvienne ?

Je fais une palpation abdominale mais pas de toucher pelvien.

Pose de spéculum ?

Non, pas en dehors du frottis.

Une palpation mammaire ?

Non, parce que je pense que la palpation mammaire, je n'en fais pas suffisamment pour être assez efficace, je propose plutôt aux femmes l'autopalpation. Je palpe si elles se plaignent d'un nodule, d'une douleur ou qu'elles se plaignent de quelque chose, je fais une palpation sinon pas de palpation de dépistage si y'a pas de plainte. Je leur demande si elles ont un souci, si elles ont senti quelque chose, si y'a une douleur sinon je palpe pas en systématique. J'ai lu plusieurs articles qui disaient que les médecins euh, la palpation des médecins étaient pas efficaces par rapport au dépistage systématique ou à l'autopalpation donc j'estime que c'est rentrer dans l'intimité sans être efficace donc ça sert à rien.

3. Une des missions du médecin généraliste est la prise en charge du patient dans sa globalité. Selon vous, avez-vous votre place dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ?

Oui très certainement.

Pourquoi ?

En fait beaucoup de femmes de plus de 65 ans, quand je les interroge quand est-ce qu'elles ont fait leur dernier frottis ... C'est surtout le frottis en général. La mammographie étant donné qu'il y a le dépistage organisé elles le font c'est surtout au niveau frottis. Etant donné qu'elles n'ont plus d'activité gynécologique, elles le font plus donc elles vont plus voir leur

gynéco depuis souvent des années car elles ont plus d'activité gynécologique. Donc si le médecin traitant est pas là pour appeler au dépistage euh, du cancer, par frottis, elles le font plus donc on les voit régulièrement donc c'est à nous de dire « votre dernier frottis il date de quand » et soit à faire le frottis soit à les orienter pour faire le frottis parce qu'on les voit régulièrement. Parce qu'elles ont plus l'idée d'aller voir un gynéco.

4. Quelle est votre expérience personnelle concernant l'examen gynécologique chez les femmes de plus de 65 ans ?

J'en ai fait quelques un. Euh, en général c'est pas évident de les mettre à l'aise. C'était pas dans le contexte de médecine générale, c'était dans le contexte de stage en gynécologie mais euh après c'est une question de discussion avec les patientes. En général ça se passe bien donc c'est pas particulièrement difficile non plus. C'est juste une question de mettre à l'aise la patiente au début. Ça dépend aussi depuis combien de temps elle a pas fait d'examen gynécologique. Je pense qu'un médecin traitant qui connaît bien ses patientes, ça peut être aussi plus facile que ... Ceux que j'ai fait ça n'a jamais posé de souci.

L'introduction du spéculum est le plus difficile pour une femme qui n'a pas eu de rapport depuis longtemps parce que c'est ... compliqué. Elle a pas eu d'examen gynéco. Si elle a peur du résultat. Le frottis, les frottis que j'ai fait sur des femmes euh des femmes d'un certain âge c'est un peu douloureux notamment à cause de la sécheresse vaginale, y'avait des douleurs mais euh c'était plus ça.

- Relance : Selon vous, les femmes sont-elles suffisamment informées sur vos capacités à réaliser un examen gynécologique ?

Oui, y a plein de femmes quand je leur dis que je suis capable de faire ça et que j'ai une formation pour faire de la gynécologie, elles sont étonnées, et, et elles me disent qu'elles ne le savaient pas. Par contre en général, elles le prennent bien et elles sont contentes que leur médecin généraliste puisse faire de la gynécologie.

- Relance : Selon vous, les femmes sont-elles informées de la nécessité de poursuivre le dépistage au-delà de 65 ans par un examen clinique ?

Non, je pense qu'elles sont pas informées non. Après je suis peut être pas très bien informée non plus mais ... (rires)

- Relance : Votre pratique est-elle influencée par les comorbidités des patientes ?

Oui parce qu'une femme de 70 ans avec plein de comorbidités qui fait que son espérance de vie est limitée, j'irai pas l'embêter avec un frottis. Qu'une femme de 70 ans qui est très active ... J'ai plein de patientes de 70 ans qui travaillent encore, qui sont très actives, elles je vais leur faire le dépistage parce que y'a un vrai plus à leur apporter si on soigne un cancer précocement. Donc oui.

- Relance : Par leur âge ?

Par leur âge physiologique oui plutôt que par leur âge civil oui.

- Relance : L'installation pour l'examen gynécologique est-il un obstacle ?

Dans le cabinet où je travaille, le fait de pas avoir le matériel pour bien les installer de façon confortable les patientes, c'est un obstacle. C'est pas trop la position gynécologique qui me gêne, c'est le matériel qu'il faut pour qu'elles soient bien installées qui est un vrai obstacle. J'ai pas d'étrier où je travaille. C'est très compliqué d'installer confortablement une femme comme ça.

5. Comment pensez-vous être perçu par les patientes sur vos capacités à réaliser leurs examens gynécologiques ?

(Réflexion) J'en sais rien. La dernière fois que j'ai proposé un examen gynéco à une dame c'est parce qu'elle se plaignait de mauvaise odeur et d'écoulements. Quand je lui ai dit que j'allais lui faire un examen gynécologique, elle m'a dit que « c'est pas possible parce que je ne suis pas épilée » donc je pense que l'épilation est un critère (rires) même si je leur explique que c'est pas ça qui m'arrête.

Quels critères peuvent influencer leurs demandes dans le domaine gynécologique ?

Les critères qui favorisent c'est que je sois une femme. Ca, ça aide beaucoup les patientes. Euh, les critères qui font qu'elles vont demander un examen gynécologiques souvent c'est les saignements ou les pertes anormales. Le fait que je sois une femme c'est plus facile d'en parler parce que je pense qu'avec un médecin homme, elles ont beaucoup plus de difficultés. Et après un des critères, des fois ce qui appelle à la consultation c'est quand je leur parle de dépistage, de frottis et la elles vont se mettre à me parler que quelque chose qui fait un point d'appel, qui fait que je vais les examiner. Après ... Le fait que je sois pas équipée c'est peut être un critère qui freine ... Le fait que je sois une jeune installée c'est un critère qui fait qu'elles ont plus de mal car elles connaissent pas mes habitudes et que le médecin que j'ai remplacé est un médecin qui fait pas de gynéco.

- Relance : Selon vous, votre âge influence-t-il leurs attentes ?

Non je pense pas. Si ça influence c'est que je sorte de la fac et que j'ai l'air à l'aise avec ça parce que j'en ai fait pendant mon parcours à la faculté mais je suis pas sûre.

- Relance : Selon vous, le fait que vous soyez le médecin de famille influence-t-il leurs attentes ?

(Réflexion) Je pense que au contraire comme on se ... qu'on commence à se connaître, elles sont plus à l'aise parce que je suis une femme. Je serai un vieux médecin de famille homme ça serait peut être différent mais comme je suis une femme. En général on se connaît, ça arrive, c'est naturel. Ça facilite la chose.

6. Quels sont les 3 principales difficultés et obstacles rencontrés pour aborder et pratiquer l'examen gynécologique de ces femmes ?

1. Manque de temps parce que ça prend du temps.

2. Manque de recommandations dans cette tranche d'âge : c'est peut être moi qui n'est pas à jour, mais euh peut-être qu'il y a un manque de recommandations, j'en sais rien.
3. Gestion simultanée de plusieurs motifs de consultations : ça c'est sur. Ça se recoupe un peu avec le manque de temps. Il faudrait des consultations dédiées pour faire de la gynécologie. L'examen gynécologique, il prend trop de temps pour qu'on puisse gérer plusieurs choses en même temps. La formation je l'ai eu parce que j'ai eu la chance de faire 6 mois de gynéco.

Je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions. Merci et bonne journée.

Entretien n°2

Je tiens d'abord à vous remercier de participer à mon étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

- **Etat civil**
 - Êtes-vous un homme ou une femme ? Un homme.
 - Quel âge avez-vous ? 46.
- **Activité et patientèle**
 - Années de début d'exercice : 2000.
 - Votre activité est-elle majoritairement rurale ou urbaine ? Semi rurale.
 - Exercez-vous seul en cabinet ou en groupe ? En groupe.
 - Quel est votre nombre d'actes par semaine environ ? 120.
 - Dans votre patientèle, quelle est approximativement la proportion de femmes de plus de 65 ans ? : 15 %.
 - Y a-t-il un gynécologue à proximité dans votre ville ? Non, euh tout dépend ce qu'on appelle proximité. Dans la ville, non.
 - Selon vous, comment a évolué votre nombre de consultations de gynécologie depuis les 5 dernières années chez les femmes de moins de 65 ans ? Diminution.
Et chez les femmes de plus de 65 ans ? Euh... également.
- **Formation complémentaire**
 - Avez-vous une formation complémentaire :
 - en gériatrie (DU ou capacité) ? Je n'ai pas de DU ni de capacité en gériatrie.
 - en gynécologie ? Non plus.
 - Suivez-vous régulièrement des FMC ? Régulièrement non, occasionnellement oui. Je ne fais pas partie d'une formation médicale continue propre.
- **Faites-vous des consultations de gynécologie au cabinet ?**

Oui.

1. **Proposez-vous régulièrement la réalisation d'un examen gynécologique aux femmes de plus de 65 ans ?**

Oui.

2. **Que faites-vous en pratique dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ?**

Frottis. Dans la mesure du possible où elles l'acceptent. Examen gynécologique classique plus frottis. Je propose une mammographie également.

- **Palpation pelvienne ?** Oui
- **Toucher vaginal ?** Oui.
- **Palpation mammaire, aires ganglionnaires ?** Oui.

3. **Une des missions du médecin généraliste est la prise en charge du patient dans sa globalité. Selon vous, avez-vous votre place dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ? Pourquoi ?**

Oui, Parce que ça fait partie de l'examen clinique et du suivi de ton patient, que ça soit cancer gynéco ou autre.

4. **Quelle est votre expérience personnelle concernant l'examen gynécologique chez les femmes de plus de 65 ans ?**

La génération 65 ans ont quasiment tous connu un gynéco donc elles ont beaucoup plus de difficultés... à se laisser examiner par leur médecin généraliste parce que, soit elles ont encore un gynéco en exercice, soit elles ont pas mal de réticences. Après c'est à toi de te vendre. Mais les réticences sont les mêmes chez les plus de 65 ans et les moins de 65 ans en dehors du fait qu'elles aient un suivi ou pas. A défaut de gynécos, elles acceptent. Le fait que je sois un homme, ça rend parfois plus difficiles les choses.

- **Relance : Selon vous, les femmes sont-elles suffisamment informées sur vos capacités à réaliser un examen gynécologique ?**

C'est à moi de les informer sur mes capacités à le faire.

- **Relance** : Selon vous, les femmes sont-elles informées de la nécessité de poursuivre le dépistage au-delà de 65 ans par un examen clinique ?

Par qui ? Par moi, oui, euh par les voies de population. Euh, les publicités ou communication... Je sais pas.

- **Relance** : Votre pratique est-elle influencée par les comorbidités des patientes ?

Oui.

- **Par leur âge ?**

Aussi.

- **Relance** : L'installation pour l'examen gynécologique est-il un obstacle ?

Non.

5. Comment pensez-vous être perçu par les patientes sur vos capacités à réaliser leurs examens gynécologiques ?

Aucune idée.

Quels critères peuvent influencer leurs demandes dans le domaine gynécologique ?

En règles générales, si elles peuvent y échapper, elles y échappent.

- **Relance** : Selon vous, votre âge influence-t-il leurs attentes ?

Le fait que je vieillisse facilite probablement les choses.

- **Relance** : Selon vous, le fait que vous soyez un homme influence-t-il leurs attentes ?

Euh ... le fait que je sois un homme, ça les gêne en quelque sorte mais ça les gêne moins aujourd'hui qu'il y a 10 ans.

- **Relance** : Selon vous, le fait que vous soyez le médecin de famille influence-t-il leurs attentes ?

(Réflexion) Je sais pas ... Après c'est plus gênant, enfin je sais pas si c'est plus gênant... J'en sais rien, je peux pas te dire, je suis pas dans leur tête.

6. Quels sont les 3 principales difficultés et obstacles rencontrés pour aborder et pratiquer l'examen gynécologique de ces femmes ?

1. Manque de demande, pas de suivi voulu chez certaines femmes.
2. Gêne de la patiente (pudeur, inconfort).

Le plus difficile c'est euh, fin ... Le refus du suivi par certaines patientes. C'est la gêne de la part de la patiente. Le reste ... Que 2 en fait.

Je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions. Merci et bonne journée.

Entretien n°3

Je tiens d'abord à vous remercier de participer à mon étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

➤ **Etat civil**

- Êtes-vous un homme ou une femme ? Un homme.
- Quel âge avez-vous ? 50 ans.

➤ **Activité et patientèle**

- Années de début d'exercice : 2000.
- Votre activité est-elle majoritairement rurale ou urbaine ? Rurale.
- Exercez-vous seul en cabinet ou en groupe ? En groupe.
- Quel est votre nombre d'actes par semaine environ ? Euh 150.
- Dans votre patientèle, quelle est approximativement la proportion de femmes de plus de 65 ans ? : 10 %
- Y a-t-il un gynécologue à proximité dans votre ville ? Non.
- Selon vous, comment a évolué votre nombre de consultations de gynécologiques depuis les 5 dernières années chez les femmes de moins de 65 ans ? Stagnation.

Et chez les femmes de plus de 65 ans ? Stagnation mais c'est 0.

➤ **Formation complémentaire**

- Avez-vous une formation complémentaire :
 - en gériatrie (DU ou capacité) ? Non.
 - en gynécologie ? Non.
- Suivez-vous régulièrement des FMC ? Oui.

➤ **Faites-vous des consultations de gynécologie au cabinet ?**

Non, ça m'intéresse pas.

1. Proposez-vous régulièrement la réalisation d'un examen gynécologique aux femmes de plus de 65 ans ?

Non.

Pourquoi ?

En fait, c'est simple je ne fais pas de gynécologie quasiment même avec les autres femmes donc je propose à personne quoi.

Par contre, je leur propose d'aller voir un gynécologue pour qu'elles aient un suivi. Je leur demande où elles en sont au niveau du frottis et tout ça mais moi je ne fais pas.

2. Que faites-vous en pratique dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ?

Je ne fais pas de gynécologie quasiment.

Je regarde seulement si les frottis sont à jour mais c'est tout. Rien d'autre.

Une palpation mammaire ? Non.

Pose de spéculum ? Non.

Palpation pelvienne ? Non.

Toucher vaginal ? Non.

Prescription d'examen complémentaire ? Non plus.

Mammographie ? Oui mais en fait elles sont suivies par DECADE et EMMA donc normalement là-dessus elles sont prises en charge. Je le note sur les dossiers par contre, mammo à jour, la date, et je leur rappelle si besoin.

3. Une des missions du médecin généraliste est la prise en charge du patient dans sa globalité. Selon vous, avez-vous votre place dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ? Pourquoi ?

Oui, on a notre place oui.

Pourquoi ? C'est le premier recours, c'est le mieux normalement. On est le premier recours, la première ligne pour le dépistage.

4. Quelle est votre expérience personnelle concernant l'examen gynécologique chez les femmes de plus de 65 ans ?

Je suis un peu réticent alors peut être qu'elles le ressentent. Dans ma patientèle, elles ne sont pas trop demandeuses de gynéco, avec moi en tout cas.

- **Relance : Selon vous, les femmes sont-elles suffisamment informées sur vos capacités à réaliser un examen gynécologique ?**

Non, y'en a pleins qui pensent qu'un examen gynéco doit être fait par un gynéco point.

- **Relance : Selon vous, les femmes sont-elles informées de la nécessité de poursuivre le dépistage au-delà de 65 ans par un examen clinique ?**

Je sais pas si elles sont informées, je pense que oui hein. Normalement elles ont eu un suivi et du coup, on leur a bien dit de continuer donc oui je pense qu'elles sont bien informées, en plus avec la télé maintenant, tout ça oui.

- **Relance : Votre pratique est-elle influencée par les comorbidités des patientes ?**

Non, ça change rien pour moi elles ont le droit d'être suivi.

- **Par leur âge ?**

Non.

- **Relance : L'installation pour l'examen gynécologique est-il un obstacle ?**

Oui quand même, c'est une question de pudeur, avec ma culture tout ça oui.

5. Comment pensez-vous être perçu par les patientes sur vos capacités à réaliser leurs examens gynécologiques ?

Bah je pense qu'elles doivent sous-estimer mes capacités probablement parce qu'elles doivent sentir que j'aime pas trop tout ça. Par exemple, pour une mycose je ne le examine jamais si ça démange à mon avis y'a ça. Je leur dis: bien on fait un traitement test, si ça marche pas faudra voir, mais en général je fais pas donc elles sentent bien que je suis un peu réticent et que bah je suis peut être pas bon là dedans tout ça voilà.

Quels critères peuvent influencer leurs demandes dans le domaine gynécologique ?

Euhh l'accessibilité des gynécos, y'en a de moins en moins, les délais de consultations sont plus longs. Euhh bah c'est tout.

- **Relance : Selon vous, votre âge influence-t-il leurs attentes ?**

J'en sais rien.

- **Relance : Selon vous, le fait que vous soyez un homme influence-t-il leurs attentes ?**

Je suppose que beaucoup de mes patientes préfèrent que ce soit fait par une femme effectivement. Alors, dans beaucoup de cas, je file les frottis à faire à des collègues, des femmes ou les sages-femmes de B... .

- **Relance : Selon vous, le fait que vous soyez le médecin de famille influence-t-il leurs attentes ?**

Oui, il y a une dimension étonnante où j'ai jamais vu ça auparavant. Une femme m'a dit une fois, dont je soigne toute la famille et qui était venue pour un problème de pertes inhabituelles. Je voulais l'examiner et elle m'a dit : « mais vous êtes sur vous voulez voir ? » Je lui ai dit là c'est pas comme d'habitude, il faut que je regarde et après elle me dit « oui mais après ça sera plus pareil ». Alors je ne sais pas en quoi ça sera plus pareil. Elle a pas expliqué plus mais le statut du médecin traitant c'est en dehors du gynéco. C'est bizarre quand même. Je comprends pas mais y'a quelque chose. Y'a un frein avec le fait que l'on soit le médecin de famille. Le médecin de famille ça ne peut être perçu comme médecin de l'intimité peut être. Y'a plein de femmes qui me disent, moi je vous aime bien, je ne veux pas que vous me voyez à ce niveau là.

6. Quels sont les 3 principales difficultés et obstacles rencontrés pour aborder et pratiquer l'examen gynécologique de ces femmes ?

1. Manque de demande, pas de suivi voulu chez certaines femmes : en premier.
2. Manque d'intérêt pour la gynécologie.
3. Gêne de votre part ou de la patiente (pudeur, inconfort).

Je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions. Merci et bonne journée.

Entretien n°4

Je tiens d'abord à vous remercier de participer à mon étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

➤ **Etat civil**

- Êtes-vous un homme ou une femme ? Un homme.
- Quel âge avez-vous ? 35 ans.

➤ **Activité et patientèle**

- Années de début d'exercice : 2014.
- Votre activité est-elle majoritairement rurale ou urbaine ? On va dire rurale.
- Exercez-vous seul en cabinet ou en groupe ? En cabinet de groupe.
- Quel est votre nombre d'actes par semaine environ ? 130 à peu près.
- Dans votre patientèle, quelle est approximativement la proportion de femmes de plus de 65 ans ? : 10 % environ.
- Y a-t-il un gynécologue à proximité dans votre ville ? Non.
- Selon vous, comment a évolué votre nombre de consultations de gynécologie depuis les 5 dernières années chez les femmes de moins de 65 ans ? Augmentation mais ça c'est lié à l'installation.
- Et chez les femmes de plus de 65 ans ? On va dire que c'est stable.

➤ **Formation complémentaire**

- Avez-vous une formation complémentaire :
 - en gériatrie (DU ou capacité) ? Non.
 - en gynécologie ? Non plus.
- Suivez-vous régulièrement des FMC ? Je vais être honnête je vais dire que non.

➤ **Faites-vous des consultations de gynécologie au cabinet ?**

(Réflexion) Tu mets de l'obstétrique là dedans?

Sur cette question oui.

Donc oui.

1. Proposez-vous régulièrement la réalisation d'un examen gynécologique aux femmes de plus de 65 ans ?

Non.

Pourquoi ?

Alors je vais revenir un peu sur la réponse quand même, je les propose ... En fait si, si les examens type frottis je les propose assez facilement en fait. On va dire que je les propose après je ne les fais pas.

Après 65 ans on est d'accord ? Ah oui oui, frottis je les propose.

D'accord C ... en a eu deux qui sont venues la voir car elles ne voulaient pas que ce soit moi.

2. Que faites-vous en pratique dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ?

Frottis proposé en tout cas et la mammo DECAD'E. En général je surveille que ce soit fait. C'est de l'entretien on va dire.

Une palpation pelvienne ?

Pelvienne non.

Toucher vaginal ?

Non plus.

Pose de spéculum ?

Non.

Une palpation mammaire et aires ganglionnaires ?

Euh ... 65 ans ...je vais dire non, en tout cas pas en préventif.

Frottis on a dit oui

Après jusqu'à quel âge ? Jusqu'à 75 ans je crois. J'avais lu sachant que y'a des gynécos qui arrêtaient avant et mammographie a priori y'a pas de limite.

3. Une des missions du médecin généraliste est la prise en charge du patient dans sa globalité. Selon vous, avez-vous votre place dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ?

Ah bah oui.

Et pourquoi ?

Pourquoi ?

Oui.

Bah parce que la plupart n'ont pas de gynéco et ne voit personne donc on est les seuls. Voilà.

4. Quelle est votre expérience personnelle concernant l'examen gynécologique chez les femmes de plus de 65 ans ?

On va dire, pour l'instant un peu de frustration, c'est que par rapport à la demande de ce que j'oserai faire en gros je fais rien. Voilà, mais je pense qu'il faut un peu de temps. Là ça fait que 2 ans. Les patientes de 65 ans soit j'en ai quelques unes qui sont déjà suivies pour des soucis de cancer du sein donc c'est de la prévention secondaire, et là ça se passe bien. Et en prévention primaire, euh, je pense qu'il leur faut du temps pour accepter un examen d'intimité.

- **Relance : Selon vous, les femmes sont-elles suffisamment informées sur vos capacités à réaliser un examen gynécologique ?**

Je m'astreins à leur dire oui.

- **Relance : Selon vous, les femmes sont-elles informées de la nécessité de poursuivre le dépistage au-delà de 65 ans par un examen clinique ?**

Je pense qu'elles le sont oui, en tout cas on en parle.

- **Relance : Votre pratique est-elle influencée par les comorbidités des patientes ?**

(Réflexion) Oui forcément un peu oui. En prévention secondaire après un cancer du sein, forcément la consultation est plus orientée. On pourrait dire oui.

- **Par leur âge ?**

Je crois pas non.

- **Relance : L'installation pour l'examen gynécologique est-il un obstacle ?**

Non, j'ai acheté une belle table avec des étriers juste pour ça. Voilà donc à priori non.

5. Comment pensez-vous être perçu par les patientes sur vos capacités à réaliser leurs examens gynécologiques ?

Je pense pas que ce soit le frein au fait qu'elles ne le fassent pas. C'est le côté gynécologique surtout. J'espère qu'elles ne remettent pas en cause mes capacités.

Quels critères peuvent influencer leurs demandes dans le domaine gynécologique ?

Oui. Pff. Je pense que c'est les explications. De tout façon c'est 65. Oui c'est l'entretien qui pourrait influencer. C'est tout !

- **Relance : Selon vous, votre âge influence-t-il leurs attentes ?**

Je pense pas non.

- **Relance : Selon vous, le fait que vous soyez un homme influence-t-il leurs attentes ?**

Ca clairement oui, c'est un frein.

- **Relance : Selon vous, le fait que vous soyez le médecin de famille influence-t-il leurs attentes ?**

Petit médecin de famille pour l'instant donc difficile de répondre.

6. Quels sont les 3 principales difficultés et obstacles rencontrés pour aborder et pratiquer l'examen gynécologique de ces femmes ?

1. Formation insuffisante.
2. Manque de demande, pas de suivi voulu chez certaines femmes.
3. Age et sexe du praticien.

Je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions. Merci et bonne journée.

Entretien n°5

Je tiens d'abord à vous remercier de participer à mon étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

➤ **Etat civil**

- Êtes-vous un homme ou une femme ? Un homme.
- Quel âge avez-vous ? 39.

➤ **Activité et patientèle**

- Années de début d'exercice : 2010.
- Votre activité est-elle majoritairement rurale ou urbaine ? Rurale.
- Exercez-vous seul en cabinet ou en groupe ? En groupe.
- Quel est votre nombre d'actes par semaine environ ? Euh 150.
- Dans votre patientèle, quelle est approximativement la proportion de femmes de plus de 65 ans ? 10 %
- Y a-t-il un gynécologue à proximité dans votre ville ? Non
- Selon vous, comment a évolué votre nombre de consultations de gynécologiques depuis les 5 dernières années chez les femmes de moins de 65 ans ? Stabilisation.
- Et chez les femmes de plus de 65 ans ? Stabilisation.

➤ **Formation complémentaire**

- Avez-vous une formation complémentaire :
 - en gériatrie (DU ou capacité) ? Non.
 - en gynécologie ? Non plus.
- Suivez-vous régulièrement des FMC ? Très peu.

➤ **Faites-vous des consultations de gynécologie au cabinet ?**

Rarement.

1. Proposez-vous régulièrement la réalisation d'un examen gynécologique aux femmes de plus de 65 ans ?

Non, pas régulièrement.

Pourquoi ?

Parce que c'est pas un domaine où j'excelle, on va dire, où je suis pas très très fort. En plus, on a deux autres femmes dans le cabinet qui euh... Donc on va dire que le contact est un peu plus facile sur le plan gynécologique, donc j'ai tendance à m'en servir un peu. En plus, je connais une médecin généraliste installée à ... qui, elle, a une formation spécialisée en gynécologie donc je peux lui adresser les patientes donc voilà. Et moi c'est pas trop trop mon domaine.

2. Que faites-vous en pratique dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ?

Euh bah frottis.

Vous faites les frottis ?

Non je les envoie au laboratoire

Sinon pose de spéculum de temps en temps mais plutôt rarement. TV aussi c'est pareil c'est relativement peu fréquent, c'est plutôt mes collègues qui le font.

Palpation mammaire ? Oui, ça oui, par contre je le fais de façon plus régulière.

Et la prescription d'examen complémentaire tel que la mammographie ? Oui tout à fait ça c'est assez régulier même plutôt fréquent.

Palpation pelvienne ? Oui, en complément de la palpation abdominale.

3. Une des missions du médecin généraliste est la prise en charge du patient dans sa globalité. Selon vous, avez-vous votre place dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ?

Oui.

Pourquoi ?

Elles sont amenées à nous voir le plus souvent pour les renouvellements, on est plus proche, donc c'est notre rôle à mon avis de les conduire au dépistage.

4. Quelle est votre expérience personnelle concernant l'examen gynécologique chez les femmes de plus de 65 ans ?

Limitée.

- **Relance : Selon vous, les femmes sont-elles suffisamment informées sur vos capacités à réaliser un examen gynécologique ?**

Oui parce que je leur dis.

- **Relance : Selon vous, les femmes sont-elles informées de la nécessité de poursuivre le dépistage au-delà de 65 ans par un examen clinique ?**

Oui oui.

- **Relance : Votre pratique est-elle influencée par les comorbidités des patientes ?**

Non j'ai pas l'impression.

- **Par leur âge ?**

Non plus.

- **Relance : L'installation pour l'examen gynécologique est-il un obstacle ?**

Non c'est pas un obstacle.

5. Comment pensez-vous être perçu par les patientes sur vos capacités à réaliser leurs examens gynécologiques ?

Elles pensent que j'en fais peu donc du coup elles savent qu'elles sont suivies ailleurs soit par une de mes collègues soit par un gynécologue. Elles savent que j'en fais relativement peu.

Quels critères peuvent influencer leurs demandes dans le domaine gynécologique ?

Bah une gêne peut être plus urgente, peut-être. On va dire c'est-à-dire des démangeaisons, des pertes ou une chose anormale mais pas un suivi habituel régulier ou par exemple la perception d'un nodule ou d'une tuméfaction au sein, à ce moment là elles peuvent venir me consulter.

- **Relance : Selon vous, votre âge influence-t-il leurs attentes ?**

Non, j'ai pas l'impression.

- **Relance : Selon vous, le fait que vous soyez un homme influence-t-il leurs attentes ?**

Oui.

- **Relance : Selon vous, le fait que vous soyez le médecin de famille influence-t-il leurs attentes ?**

Oui je pense aussi, je pense que ça joue également, elles vont peut-être moins consulter.

6. Quels sont les 3 principales difficultés et obstacles rencontrés pour aborder et pratiquer l'examen gynécologique de ces femmes ?

1. Manque de demande, pas de suivi voulu chez certaines femmes.

2. Manque d'intérêt pour la gynécologie.
3. Gêné de votre part ou de la patiente (pudeur, inconfort) : du fait que je sois le médecin de famille, un homme et tout ça.

Je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions. Merci et bonne journée.

Entretien n°6

Je tiens d'abord à vous remercier de participer à mon étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

- **Etat civil**
 - Êtes-vous un homme ou une femme ? Une femme.
 - Quel âge avez-vous ? 35.
- **Activité et patientèle**
 - Années de début d'exercice : 2011.
 - Votre activité est-elle majoritairement rurale ou urbaine ? Rurale.
 - Exercez-vous seule en cabinet ou en groupe ? En groupe.
 - Quel est votre nombre d'actes par semaine environ ? (Réflexion) 150.
 - Dans votre patientèle, quelle est approximativement la proportion de femmes de plus de 65 ans ? 20 %.
 - Y a-t-il un gynécologue à proximité dans votre ville ? Oui.
 - Selon vous, comment a évolué votre nombre de consultations de gynécologiques depuis les 5 dernières années chez les femmes de moins de 65 ans ? Augmentation.
 - Et chez les femmes de plus de 65 ans ? Stabilisation.
- **Formation complémentaire**
 - Avez-vous une formation complémentaire :
 - en gériatrie (DU ou capacité) ? Non.
 - en gynécologie ? Non.
 - Suivez-vous régulièrement des FMC ? Par internet.
- **Faites-vous des consultations de gynécologie au cabinet ?**

Oui.

1. **Proposez-vous régulièrement la réalisation d'un examen gynécologique aux femmes de plus de 65 ans ?**

Non.

Pourquoi ?

Parce que le dépistage au frottis n'est plus obligatoire et que l'examen gynécologique je suppose ne sert pas à grand-chose à cet âge-là et je fais plus facilement une échographie pelvienne et la mammographie.

2. **Que faites-vous en pratique dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ?**

Donc Echographie pelvienne et mammographie.

Palpation pelvienne ? Non sauf symptômes. Si elles sont asymptomatiques pas d'examen. Si elles sont symptomatiques, je fais un examen gynécologique avec touchers pelviens.

Pose de spéculum ? Non.

Palpation mammaire ? Oui.

Frottis ? : Non, y a pas de recommandations.

3. **Une des missions du médecin généraliste est la prise en charge du patient dans sa globalité. Selon vous, avez-vous votre place dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ? Pourquoi ?**

Oui, parce qu'on est le premier recours à la consultation. Elles ne vont plus beaucoup voir le gynécologue à cet âge-là et en général, c'est des personnes qu'ont pas été habituées à voir le gynécologue.

4. **Quelle est votre expérience personnelle concernant l'examen gynécologique chez les femmes de plus de 65 ans ?**

C'est pas facile à les faire déshabiller pour les examiner alors en général on a plutôt des refus c'est pour ça que je le fais si elles sont symptomatiques et je passe plus facilement vers des examens complémentaires si y'a le moindre doute.

- **Relance : Selon vous, les femmes sont-elles suffisamment informées sur vos capacités à réaliser un examen gynécologique ?**

Non, elles ne sont pas assez informées.

- **Relance : Selon vous, les femmes sont-elles informées de la nécessité de poursuivre le dépistage au-delà de 65 ans par un examen clinique ?**

Pas systématiquement, je pense qu'il faut leur dire que c'est nécessaire de poursuivre par ce qu'ils pensent que au cancer de l'utérus.

- **Relance : Votre pratique est-elle influencée par les comorbidités des patientes ?**

Oui, je pense qu'on passe plus de temps avec les comorbidités vasculaires, pneumo, carcinologiques et pas vraiment au niveau gynécologique.

Par leur âge ?

Oui.

- **Relance : L'installation pour l'examen gynécologique est-il un obstacle ?**

Oui.

5. Comment pensez-vous être perçu par les patientes sur vos capacités à réaliser leurs examens gynécologiques ?

Je pense qu'il pense que je suis apte, cependant elles ne sont pas habituées à ce que ce soit un médecin généraliste qui fasse l'examen gynécologique et surtout que j'ai pris la succession d'un médecin homme.

Quels critères peuvent influencer leurs demandes dans le domaine gynécologique ?

Des pertes sanguines, des douleurs abdominales basses.

- **Relance : Selon vous, votre âge influence-t-il leurs attentes ?**

Non.

- **Relance : Selon vous, le fait que vous soyez une femme influence-t-il leurs attentes ?**

Justement, je pense qu'elles sont plus ouvertes à poser des questions et à se laisser examiner parce que je suis une femme.

- **Relance : Selon vous, le fait que vous soyez le médecin de famille influence-t-il leurs attentes ?**

Non je pense que ça ne leur pose pas de souci sauf chez les jeunes et pas chez les personnes âgées.

6. Quels sont les 3 principales difficultés et obstacles rencontrés pour aborder et pratiquer l'examen gynécologique de ces femmes ?

1. Manque de recommandations dans cette tranche d'âge.
2. Gêne de votre part ou de la patiente (pudeur, inconfort).
3. Gestion simultanée de plusieurs motifs de consultations.

Alors la gestion simultanée de plusieurs motifs de consultations, la position gynécologique et le manque de recommandations parce que au total pour l'examen clinique, je sais pas si il y a vraiment des recommandations sur l'examen clinique gynécologique annuel.

Je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions. Merci et bonne journée.

Entretien n°7

Je tiens d'abord à vous remercier de participer à mon étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

➤ **Etat civil**

- Êtes-vous un homme ou une femme ? Une femme.
- Quel âge avez-vous ? 42 ans.

➤ **Activité et patientèle**

- Années de début d'exercice : 2005.
- Votre activité est-elle majoritairement rurale ou urbaine ? Rurale.
- Exercez-vous seule en cabinet ou en groupe ? Cabinet de groupe.
- Quel est votre nombre d'actes par semaine environ ? On va dire euh, 125.
- Dans votre patientèle, quelle est approximativement la proportion de femmes de plus de 65 ans ? Pff (rires), c'est dure comme question, aucune idée.
- Y a-t-il un gynécologue à proximité dans votre ville ? Non.
- Selon vous, comment a évolué votre nombre de consultations de gynécologiques depuis les 5 dernières années chez les femmes de moins de 65 ans? Augmentation.
 - Et chez les femmes de plus de 65 ans ? Stabilisation plutôt.

➤ **Formation complémentaire**

- Avez-vous une formation complémentaire :
 - en gériatrie (DU ou capacité) ? Non.
 - en gynécologie ? Non.
- Suivez-vous régulièrement des FMC ? Non plus.

➤ **Faites-vous des consultations de gynécologie au cabinet ?**

Oui.

1. Proposez-vous régulièrement la réalisation d'un examen gynécologique aux femmes de plus de 65 ans ?

(Réflexion) Régulièrement, Non.

Pourquoi ?

C'est une bonne question. On n'y pense pas toujours. Euh c'est plus celles qui ont l'habitude de se faire suivre qui nous disent « faudrait que je refasse mon frottis » donc là on y pense oui. Mais euh voilà.

2. Que faites-vous en pratique dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ?

Frottis et puis examen des seins.

Toucher vaginal ? Euh non que frottis. Ca ne me vient pas à l'esprit.

Palpation pelvienne ? Oui ça va avec.

Mammographie ? Oui ça va avec.

3. Une des missions du médecin généraliste est la prise en charge du patient dans sa globalité. Selon vous, avez-vous votre place dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ?

Oui.

Pourquoi ?

Parce que à cet âge la, elles ne voient plus le gynéco et de toute façon si on leur propose pas, y'a celles qui y pensent et celles qui y pensent pas et du coup elles ne vont pas forcément penser à certaines choses qui peuvent être alarmantes. On peut donner des conseils en tout cas. Autour de la ménopause notamment on les voit souvent et puis les questions c'est souvent à nous qu'elles les posent.

4. Quelle est votre expérience personnelle concernant l'examen gynécologique chez les femmes de plus de 65 ans ?

C'est dur (Rires).

Quand elles sont demandeuses, il y a aucun soucis c'est à dire la femme qui vient et qui me dit euh « ah bah ça fait longtemps, est-ce qu'il faut que je fasse mon frottis ? ». On regarde les dates et en général on fait le frottis. En général, ça se passe très bien et c'est des femmes qui ont l'habitude. Après c'est vrai que y'a des femmes avec qui c'est pas facile à aborder. Voilà, ça dépend vraiment de la patiente. C'est très patiente dépendante je dirai.

- **Relance : Selon vous, les femmes sont-elles suffisamment informées sur vos capacités à réaliser un examen gynécologique ?**

Non je pense qu'elles pensent qu'il faut aller voir le gynéco. Après y'a quelques unes oui après d'autres non.

- **Relance : Selon vous, les femmes sont-elles informées de la nécessité de poursuivre le dépistage au-delà de 65 ans par un examen clinique ?**

Euh non.

- **Relance : Votre pratique est-elle influencée par les comorbidités des patientes ?**

Les antécédents tu veux dire ?

Oui

Bah oui, en général. Après à cet âge là, la génétique est moins importante. C'est vrai que les cancers du sein avant la ménopause comme antécédents c'est vachement important après euh moins mais c'est vrai que ... Mais les patientes en général, elles sont aussi plus demandeuses d'examens gynécos quand elles ont des antécédents.

- **Par leur âge ?**

Tu me diras entre 65 et 90 probablement donc oui.

- **Relance : L'installation pour l'examen gynécologique est-il un obstacle ?**

Euh parfois, pour les patientes quand elles ont de l'arthrose c'est pas forcément évident. J'ai eu le cas d'une patiente avec de l'arthrose de hanche, en attente d'une prothèse, on s'est dit : « on va attendre la prothèse quoi ». Pour plier faut quand même se prêter au jeu quoi (Rires).

5. Comment pensez-vous être perçu par les patientes sur vos capacités à réaliser leurs examens gynécologiques ?

Je pense que sur l'examen non, y'a pas de souci. Elle pense en général que c'est le gynéco qui fait ça mais si on leur propose quand elles ont besoin. De toute façon si elles viennent pour un autre problème gynéco, elles ont aucun problème pour nous en parler, si elles viennent pour une mycose, un kyste euh, elles vont nous montrer sans problème et ... même un prolapsus. Elles vont nous en parler y'a aucun souci là-dessus. Elles n'ont aucun doute sur notre examen gynéco.

Quels critères peuvent influencer leurs demandes dans le domaine gynécologique ?

Euh des fois, elles demandent quand elles n'ont plus de gynéco. Des fois, elles demandent « est-ce que vous les faites ? ». C'est pratique, très accessible donc elles aiment bien. Après quand elles ont une douleur ou une grosseur apparue brutalement. Voilà.

Relance : Selon vous, votre âge influence-t-il leurs attentes ?

(Réflexion) Euh non.

- **Relance : Selon vous, le fait que vous soyez une femme influence-t-il leurs attentes ?**

Le fait d'être une femme oui, ça facilite le contact.

- **Relance : Selon vous, le fait que vous soyez le médecin de famille influence-t-il leurs attentes ?**

Ca c'est plutôt une barrière. C'est à dire que mettre la gynéco en même temps que la famille, les gens ont un petit peu de mal.

6. Quels sont les 3 principales difficultés et obstacles rencontrés pour aborder et pratiquer l'examen gynécologique de ces femmes ?

1. Formation insuffisante.
2. Manque de recommandations dans cette tranche d'âge.

3. Manque de demande, pas de suivi voulu chez certaines femmes.

Je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions. Merci et bonne journée.

Entretien n°8

Je tiens d'abord à vous remercier de participer à mon étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

➤ **Etat civil**

- Êtes-vous un homme ou une femme ? Homme.
- Quel âge avez-vous ? 28 ans.

➤ **Activité et patientèle**

- Années de début d'exercice : 2014 rempla et 2016 en installation.
- Votre activité est-elle majoritairement rurale ou urbaine ? Semi rurale, c'est des gens de la campagne dans une petite ville.
- Exercez-vous seul en cabinet ou en groupe ? En groupe.
- Quel est votre nombre d'actes par semaine environ ? Euhh je dirai 120 à 130 en moyenne.
- Dans votre patientèle, quelle est approximativement la proportion de femmes de plus de 65 ans ? La proportion j'en sais rien mais sûrement élevée car j'interviens en maison de retraite et qu'on les voit souvent après y'a aussi pas mal de gamins euh j'en sais rien.
- Y a-t-il un gynécologue à proximité dans votre ville ? On a des gynécologues qui font des vacations à l'hôpital local, et on a notre consoeur, ... qui fait quasiment, que de la gynécologie mais qui est médecin généraliste.
- Selon vous, comment a évolué votre nombre de consultations de gynécologie depuis les 5 dernières années chez les femmes de moins de 65 ans? Il a pas décollé étant donné qu'il y en a très peu, c'est stable dans la rareté (rires).
- Et chez les femmes de plus de 65 ans ? C'est pff, pareil, stable dans la rareté.

➤ **Formation complémentaire**

- Avez-vous une formation complémentaire :
 - en gériatrie (DU ou capacité) ? Euh j'ai pas fait les formations car ... m'a dit que pour l'instant il ne pourrait rien m'apporter de plus d'avoir un petit diplôme. Il m'a dit de la refaire dans 10 ans.
 - en gynécologie ? Ah là non.
- Suivez-vous régulièrement des FMC ? Oui, on a une association de formation, l'AMY sur Yvetot et puis je lis un peu les trucs du quotidien et du généraliste.

➤ **Faites-vous des consultations de gynécologie au cabinet ?**

Sauf cible express des patientes, pas spécifiquement car je suis un homme, j'ai pas une grande demande et je ne suis pas perfectionné. Je pense que n'ayant pas fait de frottis depuis 2 ou 3 ans je ne sais plus faire.

1. Proposez-vous régulièrement la réalisation d'un examen gynécologique aux femmes de plus de 65 ans ?

Oui parce que on est tenu, via les objectifs du ROSP de suivre un petit peu ça.

2. Que faites-vous en pratique dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ?

Moi je leur demande d'aller faire un frottis. Je tiens à jour dans mon volet de synthèse médicale, les années de réalisation des frottis. Et oui effectivement, je leur demande d'en faire un au moins tous les 3 ans.

C'est tout ?

Au niveau en bas oui. Après effectivement il y a aussi les mammographies que je suis, mais ça c'est facile, y'a EMMA qui le fait. Effectivement sur quelques patientes, on a prolongé les dépistages du fait de leur bon état général mais c'est du cas par cas. Y'en a quand même quelques unes qui continuent encore. Mais ça devient un dépistage individuel, c'est pas systématique. C'est vrai que c'est plutôt l'accent sur les frottis étant donné que y'a Emma et que c'est plutôt bien accepté au niveau général et que c'est remboursé. C'est une affaire qui roule tout seul ça.

Toucher vaginal ? Palpation pelvienne ? Pose de spéculum ?

Non sauf sur des saignements, des choses particulières mais ça court pas les rues à cet âge là quand même.

Palpation mammaire ? Pas systématique étant donné que c'est vrai que je suis assez accro au suivi mammo et EMMA, du coup effectivement sauf point d'appel, je fais pas en systématique.

3. Une des missions du médecin généraliste est la prise en charge du patient dans sa globalité. Selon vous, avez-vous votre place dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ? Pourquoi ?

Dans le sens de proposer et d'informer les gens : oui. Après ne réalisant pas effectivement le frottis, je leur dis d'aller un petit peu ailleurs et c'est vrai qu'il devrait peut-être y avoir une perte entre la demande de réalisation et la réalisation. Après euhh, c'est vrai qu'on a une facilité ici parce que le laboratoire a aménagé une salle spéciale pour les faire, et effectivement ils les font en routine. Donc c'est vrai que une fois que les gens connaissent ça, l'acceptation est meilleure et du coup on a un bon taux de suivi. Mais faut déjà qu'elles y soient allées.

4. Quelle est votre expérience personnelle concernant l'examen gynécologique chez les femmes de plus de 65 ans ?

Vaste question ça.

Les femmes sont souvent gênées, souvent pudiques. C'est difficile d'en parler, souvent évoquer avec des périphrases. Et euh je pense que y'a beaucoup de non-dits et de croix qui sont faites par les patientes là-dessus. Mais c'est pas toujours facile quand on a une consultation pleine, des patients âgées, des patients poly-pathologiques, d'aller jusqu'au bout et souvent effectivement c'est celles qui passent à l'as et les patientes sont bien contentes aussi que on en parle pas. Fin, je vois, y'a une période où je me suis, où j'ai un peu fait le tour des, des euhh zut ça m'échappe, des fuites urinaires chez les patientes et euh, j'ai mis un peu l'accent si on leur posait la question et bahhh elles ne souhaitent pas forcément approfondir le sujet ... Même si y'en a qui disaient oui, j'en ai mais ça ne m'intéresse pas qu'on s'en occupe. C'est tabou la gynéco sur cette tranche d'âge là. Après effectivement c'est une tranche d'âge qui est large quand même parce que 65 ans c'est abordable. Par contre plus 80 ans c'est, c'est une autre génération.

- **Relance : Selon vous, les femmes sont-elles suffisamment informées sur vos capacités à réaliser un examen gynécologique ?**

(Réflexion) Je sais pas.

- **Relance : Selon vous, les femmes sont-elles informées de la nécessité de poursuivre le dépistage au-delà de 65 ans par un examen clinique ?**

(Réflexion) Je pense que dans le milieu où on est, on a deux types de population. On a une population qui vit à la ville et qui a des métiers effectivement avec du contact. Mais effectivement, les gens plus isolés, c'est lié à la vie sexuelle et si y'a plus de vie sexuelle, y'a plus de dépistage. Donc c'est un peu partagé en fonction de la personne que vous avez devant vous.

- **Relance : Votre pratique est-elle influencée par les comorbidités des patientes ?**

A plus de 65 ans je dirai non. A moins de 65 ans je dirai oui surtout quand y'a des histoires familiales en fait.

- **Par leur âge ?**

(Réflexion) Sûrement. Je pense qu'on doit plus en parler avec les femmes plus jeunes qu'avec les femmes plus âgées mais je pense que c'est parce que effectivement on a un rôle global et que effectivement dans le rôle global on cible sur certaines choses sûrement sur les choses pour lesquelles on est plus compétent et certaines choses qui nous paraissent plus importantes étant donné que on cible sur le cognitif, sur le cardiovasculaire et tout ça et on cible moins sur le gynéco à partir d'un certain âge et effectivement, plus ils ont de problèmes de santé plus on l'oublie.

- **Relance : L'installation pour l'examen gynécologique est-il un obstacle ?**

Pour moi, c'est surtout se déshabiller devant un homme, moi en tant qu'homme qui est un obstacle.

5. Comment pensez-vous être perçu par les patientes sur vos capacités à réaliser leurs examens gynécologiques ?

(Rires) Elles ont plus confiance dans mes capacités que j'en ai. Je sais que je suis pas bon niveau technique au niveau gynéco et effectivement pour les patientes, ça fait parti de la formation de base d'un médecin. Après quand on leur explique qu'on pratique peu et que quand on fait peu, on fait mal, et que ce qu'on fait souvent on fait bien, c'est vrai quelles sont accessibles à ça et elles acceptent. Dans le cabinet, on a un confrère qui en fait plus, et on a A... qui en fait spécifiquement donc c'est plus facile d'aller voir ces gens là que... Mais je propose souvent de passer la main.

Quels critères peuvent influencer leurs demandes dans le domaine gynécologique ?

Le fait d'avoir déjà un problème. Euh, les histoires familiales probablement et puis euh pff je pense le niveau d'information.

- **Relance : Selon vous, votre âge influence-t-il leurs attentes ?**

(Réflexion) Oui dans le bon sens parce que effectivement étant plus jeune que leur âge, je pense que y'a plus de facilités que quelqu'un qu'elles ont connu longtemps. D'autant plus que effectivement par rapport au médecin confrère, je n'ai pas grandi dans la région, je ne vis pas dans la région et effectivement y'a une certaine euh, un certain nombre de patients qui viennent me voir pour ne pas voir des confrères qu'elles connaissent par ailleurs niveau personnel, donc je pense que de ce détachement et ce décalage ça peut ouvrir sur des choses oui.

- **Relance : Selon vous, le fait que vous soyez un homme influence-t-il leurs attentes ?**

(Rires) Ah oui ça freine ! Ça freine et je le sens bien parce que quand y'a des remplaçantes, tout de suite il y a un axe plus gynéco qui s'ouvre plus facilement et je le vois quand je regarde les dossiers. Mais oui c'est un frein. Y'en a qui vont voir une consoeur qui fait que ça au lieu de me voir pour ce problème là donc oui c'est un frein.

- **Relance : Selon vous, le fait que vous soyez le médecin de famille influence-t-il leurs attentes ?**

Ca dépend des familles. On a tendance à parler des choses sur les gens dont je suis médecin ponctuel. Sûrement quand vous êtes avec quelqu'un de la famille où l'on parle de l'un et de l'autre, ça permet à mon avis d'ouvrir des choses. Après ça a jamais ... J'ai jamais eu de cas qui m'ont permis de découvrir quelque chose ou de choses comme ça.

6. Quels sont les 3 principales difficultés et obstacles rencontrés pour aborder et pratiquer l'examen gynécologique de ces femmes ?

1. Manque de temps.
2. Manque de demandes, pas de suivi voulu chez certaines femmes.
3. Manque d'intérêt pour la gynécologie.

Tous, (Rires), euh je pense que y'a un frein personnel du fait que je ne me suis pas investi là-dessus du fait d'une faible demande effectivement. Le manque de temps joue aussi parce que c'est vrai que on est dans une zone malgré ce que la sécurité sociale veut bien nous dire où les gens ont du mal à avoir un rendez-vous et ça pousse un peu à l'entrée et faut pas

s'étendre trop sur les choses et les gens ont pas le loisirs de revenir aussi souvent qu'il le voudrait certain. Donc faut aller vite et en peu de temps.

Je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions. Merci et bonne journée.

Entretien n°9

Je tiens d'abord à vous remercier de participer à mon étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

➤ **Etat civil**

- Êtes-vous un homme ou une femme ? Un homme.
- Quel âge avez-vous ? 63 ans.

➤ **Activité et patientèle**

- Années de début d'exercice : 1983.
- Votre activité est-elle majoritairement rurale ou urbaine ? Semi rurale.
- Exercez-vous seul en cabinet ou en groupe ? En groupe.
- Quel est votre nombre d'actes par semaine environ ? 150.
- Dans votre patientèle, quelle est approximativement la proportion de femmes de plus de 65 ans ? 15 %.
- Y a-t-il un gynécologue à proximité dans votre ville ? Oui il y a une gynéco à proximité.
- Selon vous, comment a évolué votre nombre de consultations de gynécologie depuis les 5 dernières années chez les femmes de moins de 65 ans ? Stabilisation.
- Et chez les femmes de plus de 65 ans ? Stabilisation également.

➤ **Formation complémentaire**

- Avez-vous une formation complémentaire :
 - en gériatrie (DU ou capacité) ? Non.
 - en gynécologie ? Non.
- Suivez-vous régulièrement des FMC ? Oui.

➤ **Faites-vous des consultations de gynécologie au cabinet ?**

Plein.

1. Proposez-vous régulièrement la réalisation d'un examen gynécologique aux femmes de plus de 65 ans ?

Oui.

Pourquoi ?

Quand elles n'ont pas de suivi gynéco.

2. Que faites-vous en pratique dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ?

Euh, je m'assure qu'elles ont fait leur mammographie. Je leur palpe les seins de temps en temps et je regarde pour les frottis.

Mammographie jusqu'à 80 ans environ et frottis ça arrive à la limite.

Toucher vaginal ? Oui.

Pose de spéculum ? Oui couramment.

Palpation pelvienne ? Egalement.

3. Une des missions du médecin généraliste est la prise en charge du patient dans sa globalité. Selon vous, avez-vous votre place dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ?

Bah oui.

Pourquoi ?

Parce que c'est pas très compliqué d'intégrer ça dans une consultation normale.

4. Quelle est votre expérience personnelle concernant l'examen gynécologique chez les femmes de plus de 65 ans ?

En général c'est des femmes que je suis depuis très longtemps car ça fait longtemps que je suis installé. C'est dans la continuité en fait, donc ça se passe plutôt bien. Ça pose aucun problème.

- **Relance : Selon vous, les femmes sont-elles suffisamment informées sur vos capacités à réaliser un examen gynécologique ?**

Bah c'est à dire que je leur explique que nous on a fait pendant 15 ans des accouchements ici donc en gynéco on se débrouille quoi .On est pas des débutants (Rires).

- **Relance : Selon vous, les femmes sont-elles informées de la nécessité de poursuivre le dépistage au-delà de 65 ans par un examen clinique ?**

Bah on leur dit oui, c'est répété à la télé aussi je crois.

- **Relance : Votre pratique est-elle influencée par les comorbidités des patientes ?**

(Rires) Vous voulez dire est-ce que c'est influencé si elle a des prothèses de hanches bilatérales ? C'est vrai, oui c'est sur

c'est pas bien d'ailleurs mais c'est comme ça. Quand elles sont démentes, ça pose des problèmes, quand ça sent très mauvais ça pose un problème aussi (Rires).

- **Par leur âge ?**

Je vous dis oui effectivement y'a un moment ou y'a un âge où l'examen gynéco devient problématique. Les seins ça va à peu près mais le reste c'est compliqué sauf quand elles ont une vie sexuelle active mais ce n'est pas toujours le cas.

- **Relance : L'installation pour l'examen gynécologique est-il un obstacle ?**

De toute façon je les déshabille, y'a juste la culotte a retiré et elles s'installent, après pour l'installation sur la table, en fonction des antécédents ça peut-être compliqué.

5. Comment pensez-vous être perçu par les patientes sur vos capacités à réaliser leurs examens gynécologiques ?

J'ai aucun problème.

Quels critères peuvent influencer leurs demandes dans le domaine gynécologique ?

En fait, si on sait le faire et si on le fait bien y'a pas de problème. Après si vous leur faites mal, si c'est mal fait... Nous on pose des stérilets, on fait des frottis depuis des années donc si ça se passe bien, les gens en parlent entre eux et puis ça se passe très bien.

- **Relance : Selon vous, votre âge influence-t-il leurs attentes ?**

Et bien, je sais pas. Non je ne pense pas. Non non.

- **Relance : Selon vous, le fait que vous soyez un homme influence-t-il leurs attentes ?**

Non plus. D'abord à l'époque y'avait pas beaucoup de femmes médecin dans le cabinet. Maintenant y'en aura de plus en plus mais oui les femmes préfèrent les femmes pour la rééducation par exemple périnéale et des choses comme ça mais pour un examen gynéco elles sont habituées. Ça pose pas de problème.

- **Relance : Selon vous, le fait que vous soyez le médecin de famille influence-t-il leurs attentes ?**

Non au contraire, enfin oui ça favorise parce que on commence à en parler très tôt et ça simplifie beaucoup les choses.

6. Quels sont les 3 principales difficultés et obstacles rencontrés pour aborder et pratiquer l'examen gynécologique de ces femmes ?

1. Manque de temps.
2. Gestion simultanée de plusieurs motifs de consultations : on peut pas tout faire en même temps, ça c'est sûr donc on leur demande de revenir. J'en ai que 2.

Je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions. Merci et bonne journée.

Entretien n°10

Je tiens d'abord à vous remercier de participer à mon étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

➤ **Etat civil**

- Êtes-vous un homme ou une femme ? Un homme.
- Quel âge avez-vous ? 64 ans.

➤ **Activité et patientèle**

- Années de début d'exercice : en 1986.
- Votre activité est-elle majoritairement rurale ou urbaine ? Semi rurale.
- Exercez-vous seul en cabinet ou en groupe ? En groupe.
- Quel est votre nombre d'actes par semaine environ ? On doit être dans les 120 à 150.
- Dans votre patientèle, quelle est approximativement la proportion de femmes de plus de 65 ans ? Je ne sais pas.
- Y a-t-il un gynécologue à proximité dans votre ville ? Oui, plus ou moins, plus exactement c'est une consoeur généraliste qui a un DU de gynéco donc en fait les trucs de gynéco que je ne veux pas faire, je lui envoie ou un chir gynéco à côté.
- Selon vous, comment a évolué votre nombre de consultations de gynécologie depuis les 5 dernières années chez les femmes de moins de 65 ans ? Diminution.
- Et chez les femmes de plus de 65 ans ? Euh pour moi c'est stable.

➤ **Formation complémentaire**

- Avez-vous une formation complémentaire :
 - en gériatrie (DU ou capacité) ? Non.
 - en gynécologie ? Non.
- Suivez-vous régulièrement des FMC ? Oui.

➤ **Faites-vous des consultations de gynécologie au cabinet ?**

Oui.

1. Proposez-vous régulièrement la réalisation d'un examen gynécologique aux femmes de plus de 65 ans ?

Non.

Pourquoi ?

Je fais un examen des seins en systématique. L'examen gynéco n'est pas proposé sans signe fonctionnel. Pas de signe fonctionnel, pas d'examen gynécologique mais l'examen des seins oui c'est systématique, au moins 1 fois par an.

2. Que faites-vous en pratique dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ?

Je fais un examen des seins annuel jusqu'à 80 - 85 ans. Sachant qu'elles ont toujours une mammographie de dépistage systématique jusqu'à l'âge de 73 ou 75 ans, je sais plus.

En général pour l'examen des seins, y'a pas de réticence de leur part si c'est une habitude qui a été prise depuis plusieurs années. Mais je ne fais pas d'examen gynéco si y'a pas de signe fonctionnel qui se résume à la pesanteur pelvienne et les métrorragies à cet âge selon moi.

3. Une des missions du médecin généraliste est la prise en charge du patient dans sa globalité. Selon vous, avez-vous votre place dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ?

Oui bien sûr parce que ça fait partie de notre formation et de nos prérogatives comme n'importe quel dépistage, n'importe quel acte clinique qui est à notre portée en fait.

4. Quelle est votre expérience personnelle concernant l'examen gynécologique chez les femmes de plus de 65 ans ?

Dans la plupart des cas, il n'y a pas de réticence particulière surtout si on connaît les patientes. Et euh, quand y'a des réticences à mon avis elles sont facilement convaincues avec une explication. Et si y'a une réticence ... Ca peut arriver, enfin j'ai pas ça en tête mais si il arrive qu'il y a une réticence, je leur demande d'aller voir une gynécologue en fait. La réticence est moins importante puisque, accueillir une patiente que vous ne connaissez pas à 65 ans, en lui proposant d'emblée un examen gynécologique qu'elle aurait pas forcément eu, ça passe difficilement donc il est plus facile de l'adresser à une femme et dans ces cas là, la consoeur gynéco, fin généraliste DU de gynéco en fin de compte est très utile entre guillemets.

- **Relance : Selon vous, les femmes sont-elles suffisamment informées sur vos capacités à réaliser un examen gynécologique ?**

Non, je ne crois pas car très souvent elles vont nous demander les coordonnées d'un gynécologue et sont surprises parfois de savoir que l'on peut faire les actes qu'il fait.

- **Relance : Selon vous, les femmes sont-elles informées de la nécessité de poursuivre le dépistage au-delà de 65 ans par un examen clinique ?**

Pour le sein oui, mais pour l'utérus je ne le fais pas. Ceci étant soyons clair : le frottis, le cancer du col après 65 ans c'est une rareté par contre le cancer du corps utérin il existe, le cancer de l'ovaire il existe mais dans ces cas là c'est pas l'examen gynéco systématique qui va nous renseigner. On tombe rarement sur une masse pelvienne ou ovarienne de façon fortuite. La métrorragie c'est quand même le signe d'appel. De toute façon, à la moindre métrorragie après 65 ans, c'est examen gynéco. On se réfugie pas derrière une autre possibilité de vulvite ou cervicite ...

- **Relance : Votre pratique est-elle influencée par les comorbidités des patientes ?**

Non.

- **Par leur âge ?**

Oui forcément, je poserai peut-être moins la question des métrorragies après 80 ans. On a tendance parfois à penser mais parfois à tort qu'on récupère rien, ce qui est faux. J'ai des exemples récents de pathologies tardives. Mais c'est vrai que l'on va moins proposer encore une fois surtout quand on ne connaît pas les patientes. Une patiente que vous suivez depuis 20 ou 30 ans, ça ira de soit. Y'a des questions qu'on continue à poser et surtout en fin de compte il y a des symptômes qu'elle va signaler spontanément. Pour les nouvelles patientes c'est vrai que c'est plus difficile en dehors de l'examen du sein de proposer un examen gynéco et de poser des questions d'ordre gynécologique.

- **Relance : L'installation pour l'examen gynécologique est-il un obstacle ?**

Non.

5. Comment pensez-vous être perçu par les patientes sur vos capacités à réaliser leurs examens gynécologiques ?

Lorsque que je le fais à priori elles l'acceptent bien. Je pense que je suis perçu comme quelqu'un qui fait bien son travail.

Quels critères peuvent influencer leurs demandes dans le domaine gynécologique ?

A la fois des antécédents familiaux, ou bien des signes fonctionnels ou bien des signalements de l'entourage, et éventuellement les campagnes de pub. J'ai pas entendu la dernière campagne de pub concernant le frottis cervical. Justement je me posai la question : est-ce qu'il conseille de le faire par le généraliste ou par le gynécologue ? Mais y'a une campagne radio pour ça non ? Je m'en rappelle plus.

- **Relance : Selon vous, votre âge influence-t-il leurs attentes ?**

Oui peut-être chez les jeunes, mais pas chez les femmes de plus de 65 ans au contraire. Mon âge c'est plutôt un élément rassurant en fait. Je suis le grand-père donc (Rires). Dans ce domaine là, on a plutôt un avantage. On est davantage perçu comme quelqu'un qui a en fait un âge équivalent, donc c'est plus simple.

- **Relance : Selon vous, le fait que vous soyez un homme influence-t-il leurs attentes ?**

Oui quelquefois oui, d'où la possibilité de l'envoyer chez une consoeur mais oui effectivement ça peut-être un frein. Encore une fois peu important quand vous connaissez la personne.

- **Relance : Selon vous, le fait que vous soyez le médecin de famille influence-t-il leurs attentes ?**

Oui dans le bon sens.

6. Quels sont les 3 principales difficultés et obstacles rencontrés pour aborder et pratiquer l'examen gynécologique de ces femmes ?

1. Manque de recommandations dans cette tranche d'âge : c'est la difficulté pour l'aborder avec la tranche d'âge.
2. Manque de demande, pas de suivi voulu chez certaines femmes éventuellement.
3. Gestion simultanée de plusieurs motifs de consultation, quand y'a un examen gynéco, je leur demande de reprendre un RDV pour ça donc c'est facilement réglé.

Je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions. Merci et bonne journée.

Entretien n°11

Je tiens d'abord à vous remercier de participer à mon étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

➤ **Etat civil**

- Êtes-vous un homme ou une femme ? Une femme.
- Quel âge avez-vous ? 42 ans.

➤ **Activité et patientèle**

- Années de début d'exercice : 2002.
- Votre activité est-elle majoritairement rurale ou urbaine ? Urbaine.
- Exercez-vous seule en cabinet ou en groupe ? Seule.
- Quel est votre nombre d'actes par semaine environ ? Euh entre 120 et 130.
- Dans votre patientèle, quelle est approximativement la proportion de femmes de plus de 65 ans ? (Rires) Pff c'est très compliqué parce que ma propre patientèle généraliste c'est très faible je dois être à 5 % de plus de 65 ans, par contre dans mon activité dans ce que je fais, la plupart du temps, mes consultations ne sont pas mes patientes et là par contre, j'ai pas trop de chiffre. Je sais pas euh peut-être 20 %.
- Y a-t-il un gynécologue à proximité dans votre ville ? Non.
- Selon vous, comment a évolué votre nombre de consultations de gynécologie depuis les 5 dernières années chez les femmes de moins de 65 ans ? Ca a explosé.
- Et chez les femmes de plus de 65 ans ? Stable je pense.

➤ **Formation complémentaire**

- Avez-vous une formation complémentaire :
 - en gériatrie (DU ou capacité) ? Non.
 - en gynécologie ? Plein.
- Suivez-vous régulièrement des FMC ? Oui.

➤ **Faites-vous des consultations de gynécologie au cabinet ?**

Oui.

1. Proposez-vous régulièrement la réalisation d'un examen gynécologique aux femmes de plus de 65 ans ?

Oui, parce que y'a pas de raison qu'elles n'y aient pas le droit comme les autres avec un examen annuel. Tant qu'elles peuvent monter sur la table, examen gynéco annuel.

2. Que faites-vous en pratique dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ?

Alors palpation des seins au moins 1 fois par an sauf si antécédents particuliers, mammographie tous les 2 ans, après c'est clinique, examen vulvaire, anal, frottis tous les 2 - 3 ans, examen complet quoi comme pour les autres femmes. Voilà

Une limite d'âge pour les frottis ?

Non, pas de limite d'âge, si elles peuvent monter je le fais. J'ai une limite d'âge pour commencer mais pas pour finir. Et seins et mammographie, pas de limite d'âge non plus.

3. Une des missions du médecin généraliste est la prise en charge du patient dans sa globalité. Selon vous, avez-vous votre place dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ?

Oui, oui, oui, mais moi je ne m'estime pas comme un médecin traitant. Dans mon activité la plupart des patientes qui viennent me voir ont leur médecin quelque part. Moi elles viennent me voir une fois par an pour la gynéco. Donc si moi je le fais pas, je ne suis pas sûre que ce soit fait. Elle raconte à leur médecin qu'elles vont voir leur gynéco ou le docteur ... 1 fois par an du coup je pense qu'ils me font confiance quoi.

4. Quelle est votre expérience personnelle concernant l'examen gynécologique chez les femmes de plus de 65 ans ?

De mon côté, je ne fais pas de différence par rapport à une femme plus jeune si ce n'est que on est souvent gêné par de la sècheresse, un examen vulvaire, gynéco un peu atrophique mais sinon moi ça me gêne pas. J'ai pas d'apriori là-dessus. Les

patientes sont souvent gênées par leur image corporelle. Je le vois bien, elles me disent que voilà, se déshabiller c'est, se montrer toute nue c'est difficile, parce que, parce que voilà leur corps il est moins beau, il est moins tonique, la peau elle est flasque, les seins ressemblent à rien. Donc elles oui, elles me le disent quand je leur dis, « allez-y déshabillez vous ». Elles disent « ah ça c'est pas beau, vous savez j'ai passé l'âge de m'exhiber » ça souvent elles le disent.

- **Relance : Selon vous, les femmes sont-elles suffisamment informées sur vos capacités à réaliser un examen gynécologique ?**

Oui.

- **Relance : Selon vous, les femmes sont-elles informées de la nécessité de poursuivre le dépistage au-delà de 65 ans par un examen clinique ?**

Non, pour moi la limite c'est pas 65 ans. Y'en a plein qui me disent que une fois qu'elles sont ménopausées à la limite c'est plus la peine de venir. Et moi je vois bien quand je leur annonce qu'elles sont ménopausées, c'est quand même pas rare qu'elles me disent « bon bah maintenant c'est plus la peine qu'on se voit ». Et ça c'est quand même fréquent. Alors moi j'insiste en leur disant que ça ne change rien. Effectivement, frottis mammo, elles ont plus ou moins en tête que c'est tous les 2 ans. Les limites, elles ne savent pas trop. Mais moi je pense qu'elles mettent pas la limite à 65 ans mais avant. Autant la mammo, elles savent que c'est 74 ans car elles reçoivent leur courrier, voilà. Et le frottis moi je dirai que, si y'a une barrière à mettre, elles la mettent à la ménopause.

- **Relance : Votre pratique est-elle influencée par les comorbidités des patientes ?**

Ah bah oui.

- **Par leur âge ?**

Non pas du tout.

- **Relance : L'installation pour l'examen gynécologique est-il un obstacle ?**

Oui, alors je dirai chez moi pas trop, mais chez un médecin traitant, oui parce que toutes les tables se mettent pas en position gynéco comme ça. Quand faut installer les étrières, machin c'est compliqué. Les patientes arrivées à un âge sont plus longues à se déshabiller. Alors en hiver quand la salle d'attente est pleine, voilà ... Il faut que ça soit une consultation dédiée et souvent elles ne viennent pas que pour ça. Elles vont voir leur médecin traitant quand elles sont malades. Ce n'est pas tellement rentrer dans l'esprit des gens. Sauf pour la gynéco mais faut une consultation dédiée de dépistage. Pour celles qui sont suivies par leur médecin traitant sur le plan gynéco, c'est pas facile de garder un rythme. C'est pas forcément évident.

5. Comment pensez-vous être perçu par les patientes sur vos capacités à réaliser leurs examens gynécologiques ?

Si elles viennent, je pense que c'est bien.

Quels critères peuvent influencer leurs demandes dans le domaine gynécologique ?

Bah moi je trouve que souvent elles savent que leur médecin traitant peut les suivre, surtout après 65 ans parce que c'est palpation mammaire frottis. Ca elles savent que tous les médecins savent faire, et elles sont gênées quand leur médecin est un homme. Ca c'est clair que elles n'ont pas envie de se déshabiller devant leur médecin homme. Et celles qui ont un médecin femme, elles ont du mal à se déshabiller devant un médecin qui connaît peut-être bien leur mari, leur belle fille, toute la famille et ...

Moi souvent elles me disent : « vous au moins c'est pour la gynéco et pour tout le reste j'ai mon médecin quoi ». Je pense que les femmes aiment bien que ce soit séparé quand même. Quitte à ce que ce soit un autre médecin généraliste. J'en ai également qui me disent qu'elles sont suivies par leur médecin traitant, et qu'elles sont suivies par son associée femme pour la gynéco parce qu'elles ne veulent pas que ce soit le même quoi. Même si elles ont un médecin traitant femme.

- **Relance : Selon vous, votre âge influence-t-il leurs attentes ?**

Oui, euh je pense que les femmes n'aiment pas avoir un médecin jeune. Se faire reluquer par un jeune médecin homme, à 70 ans à mon avis c'est pas très cool. Et elles aiment pas trop qu'il ait leur âge. Y'a peut-être cette notion de séduction ... Donc pour ces femmes quelqu'un de 40 ans c'est bien (Rires) et de préférence une femme.

6. Quels sont les 3 principales difficultés et obstacles rencontrés pour aborder et pratiquer l'examen gynécologique de ces femmes ?

1. Manque de temps.
2. Manque de recommandations dans cette tranche d'âge.
3. Gestion simultanée de plusieurs motifs de consultation.

Moi j'ai pas de difficulté, mais j'imagine que pour les médecins généralistes qui les suivent, le manque de temps oui, manque de recommandations dans cette tranche d'âge moi, je trouve que oui et la gestion simultanée de plusieurs motifs de consultations, ça je pense que oui aussi.

Mais je pense que les recommandations sont assez floues quand même. Avec les EPU, EMMA, y'a plein de médecins du coup qui se disent, bah après 75 ans j'arrête quoi, moi j'avoue que je continue et les frottis.

Je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions. Merci et bonne journée.

Entretien n°12

Je tiens d'abord à vous remercier de participer à mon étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

➤ **Etat civil**

- Êtes-vous un homme ou une femme ? Une femme.
- Quel âge avez-vous ? 29 ans.

➤ **Activité et patientèle**

- Années de début d'exercice : 2015.
- Votre activité est-elle majoritairement rurale ou urbaine ? Urbaine.
- Exercez-vous seule en cabinet ou en groupe ? En groupe.
- Quel est votre nombre d'actes par semaine environ ? Euh 25 par jour à peu près, donc 100-110 on va dire.
- Dans votre patientèle, quelle est approximativement la proportion de femmes de plus de 65 ans ? : Sincèrement je suis incapable de vous dire ... Je sais pas.
- Y a-t-il un gynécologue à proximité dans votre ville ? Oui, il y en a plusieurs même. Y'en a 3 en libéral, et puis il y en a à l'hôpital, et en plus des sages-femmes.
- Selon vous, comment a évolué votre nombre de consultations de gynécologie depuis les 5 dernières années chez les femmes de moins de 65 ans ? Je trouve que y'en a pas tant que ça, je dirai stable.
- Et chez les femmes de plus de 65 ans ? Alors du coup y'en a très peu, je dirai que ça diminue plutôt.

➤ **Formation complémentaire**

- Avez-vous une formation complémentaire :
 - En gériatrie (DU ou capacité) ? Non.
 - En gynécologie ? Non plus.
- Suivez-vous régulièrement des FMC ? Oui.

➤ **Faites-vous des consultations de gynécologie au cabinet ?**

Oui.

1. Proposez-vous régulièrement la réalisation d'un examen gynécologique aux femmes de plus de 65 ans ?

Non. (Rires)

Et pourquoi ?

En général elles sont suivies par leur gynéco, et euh, ça ne me vient pas à l'idée tout de suite en fait. Soixante-cinq ans on ne fait plus de frottis. Y'a la mammographie de dépistage qui se fait un peu automatiquement donc c'est vrai que spontanément un examen gynéco avec un spéculum ... on propose pas.

2. Que faites-vous en pratique dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ?

En pratique euh, déjà je leur demande de faire une mammographie et puis en théorie 1 fois par an palpation des seins et puis euh on examine au spéculum l'aspect du col et surtout interrogatoire, voir si y'a pas de métrorragies, des choses anormales, des antécédents familiaux bien évidemment.

Palpation pelvienne ? Oui également.

TV ? Dans le contexte de l'examen gynécologique, oui bien évidemment.

Frottis cervico vaginal ? Après 65 ans, non, y'a pas de recommandations.

3. Une des missions du médecin généraliste est la prise en charge du patient dans sa globalité. Selon vous, avez-vous votre place dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ?

Oui.

Pourquoi ?

Parce que justement ces dames vont ... ne vont plus chez le gynéco donc ça serait intéressant justement de leur proposer régulièrement. On les voit régulièrement pour leur renouvellement de traitement antihypertenseur par exemple donc justement ça pourrait être intéressant de leur proposer justement de faire ça. Euh et elles voient pas d'intérêt à voir le gynécologue donc oui.

4. Quelle est votre expérience personnelle concernant l'examen gynécologique chez les femmes de plus de 65 ans ?

Alors hormis les patientes qui ont eu un cancer du sein ou un cancer gynéco, l'expérience elle est mineure, faible quoi. Disons qu'on fera plus de gynéco chez les adolescentes, une première pilule etc. Première grossesse... Mais 65 ans c'est vrai qu'on est ... je trouve qu'on en fait peu.

- **Relance : Selon vous, les femmes sont-elles suffisamment informées sur vos capacités à réaliser un examen gynécologique ?**

Euh non elles le savent pas. Souvent je leur propose et elles sont assez étonnées tout simplement parce que il y a beaucoup de gynécologues dans le coin où j'exerce donc on est un peu en second plan.

- **Relance : Selon vous, les femmes sont-elles informées de la nécessité de poursuivre le dépistage au-delà de 65 ans par un examen clinique ?**

Je pense qu'elles sont pas du tout au courant, sauf mammo mais le reste ...

- **Relance : Votre pratique est-elle influencée par les comorbidités des patientes ?**

Oui bien évidemment, si y'a eu un cancer ... mammaire notamment, un cancer du sein bien sûr on sera plus vigilant bien sûr.

- **Par leur âge ?**

Je dirai que chez les patientes de 95 ans, je vais pas le faire (rires) donc euh, palpation des seins ... J'irai peut-être jusqu'à 80 après ... Ca stoppe un peu au moment ou en arrête la mammographie je dirai, donc autour des 75 sauf si après y'a une patiente qui me dit « j'ai une boule » mais sinon non spontanément non.

- **Relance : L'installation pour l'examen gynécologique est-il un obstacle ?**

Pour moi pas de problème, je suis pas mal à l'aise. Pour certaines patientes la position oui donc ça peut-être un obstacle pour les patientes.

5. Comment pensez-vous être perçu par les patientes sur vos capacités à réaliser leurs examens gynécologiques ?

En général, elles sont étonnées quand je leur dis que je peux le faire (rires) donc sur ma capacité je pense qu'elles remettent pas en doute ma parole. J'espère pas mais spontanément elles vont pas y penser.

Quels critères peuvent influencer leurs demandes dans le domaine gynécologique ?

(Réflexion) Aucune idée.

- **Relance : Selon vous, votre âge influence-t-il leurs attentes ?**

Oui éventuellement, le fait que je sois jeune ça peut freiner leurs demandes je pense.

- **Relance : Selon vous, le fait que vous soyez une femme influence-t-il leurs attentes ?**

Ca devrait les aiguiller, euh alors ça les aiguille dans le contexte où, où dans les cas que j'ai pu avoir, déjà elles ont eu un cancer du sein donc là elle ont plus de facilités à redemander à moi que je leur palpe les seins, que je les réexamine de ce côté là mais les biens portantes après 65 ans n'ont pas de demandes.

- **Relance : Selon vous, le fait que vous soyez le médecin de famille influence-t-il leurs attentes**

Ca pourrait oui, pour certaines ça peut-être bien, elles vont être plus à l'aise que d'autres.

6. Quels sont les 3 principales difficultés et obstacles rencontrés pour aborder et pratiquer l'examen gynécologique de ces femmes ?

1. Manque de temps.
2. Manque de demande, pas de suivi voulu chez certaines femmes : clairement.
3. Gestion simultanée de plusieurs motifs de consultations : clairement moi je leur dis pour la gynéco c'est une consultation à part donc faut revenir donc ça peut-être un frein effectivement pour que ça se fasse.

Je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions. Merci et bonne journée.

Entretien n° 13

Je tiens d'abord à vous remercier de participer à mon étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

➤ **Etat civil**

- Êtes-vous un homme ou une femme ? Une femme.
- Quel âge avez-vous ? 33.

➤ **Activité et patientèle**

- Années de début d'exercice : 2010.
- Votre activité est-elle majoritairement rurale ou urbaine ? Urbaine.
- Exercez-vous seule en cabinet ou en groupe ? En groupe.
- Quel est votre nombre d'actes par semaine environ ? Euh 75.
- Dans votre patientèle, quelle est approximativement la proportion de femmes de plus de 65 ans ? Euh, pour le coup c'est compliqué, un pourcentage ... 5 %.
- Y a-t-il un gynécologue à proximité dans votre ville ? Oui, une gynéco mais qui n'est pas disponible et un service de gynéco mais qui fait pas les suivis.
- Selon vous, comment a évolué votre nombre de consultations de gynécologie depuis les 5 dernières années chez les femmes de moins de 65 ans? Augmentation.
- Et chez les femmes de plus de 65 ans ? Pareil.

➤ **Formation complémentaire**

- Avez-vous une formation complémentaire :
 - en gériatrie (DU ou capacité) ? Non.
 - en gynécologie ? oui en cours, un DIU.
- Suivez-vous régulièrement des FMC ? Pas vraiment.

➤ **Faites-vous des consultations de gynécologie au cabinet ?**

Oui.

1. Proposez-vous régulièrement la réalisation d'un examen gynécologique aux femmes de plus de 65 ans ?

Oui.

2. Que faites-vous en pratique dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ?

L'examen clinique déjà, seins, palpation, TV, spéculum, palpation abdominale.

Après 65 ans ?

Oui.

Frottis puisque les recommandations c'est jusqu'à 70, et après si soucis et puis vis à vis des mammo, voir si y'a des facteurs de risque et puis voir si il faut continuer le suivi en particulier.

3. Une des missions du médecin généraliste est la prise en charge du patient dans sa globalité. Selon vous, avez-vous votre place dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ? Pourquoi ?

Oh bah oui du fait qu'il y ait de moins en moins de gynéco de ville de toute manière. On est plus amené à faire de la gynéco. Là y'en a plein qui sont troublés du fait que les généralistes peuvent le faire mais sinon on a notre place.

D'une manière générale, on est aussi au premier plan quoi qu'il arrive, on est là pour le dépistage que ce soit gynéco ou les autres problèmes de cancer.

4. Quelle est votre expérience personnelle concernant l'examen gynécologique chez les femmes de plus de 65 ans ?

Moi en soit, ça ne me gêne pas quelque soit l'âge pour l'examen gynéco. Euh, beaucoup du fait que j'ai le DU de gynéco. Beaucoup de confrères m'adressent leurs patientes quelque soit leur âge pour le suivi gynéco donc elles viennent pour ça, donc elles savent très bien qu'elles vont avoir un examen gynéco derrière. D'un point de vue pratique, c'est moins facile parce qu'elles sont ménopausées et souvent c'est plus douloureux chez elles surtout l'examen au spéculum ou le TV. C'est loin d'être toujours évident mais ça se fait. Après elles, le fait que, quand c'est mes patientes, elles savent que j'ai la formation. Quand c'est des patientes de confrères, ils savent qu'ils me les adressent parce que j'ai entre guillemets une capacité supérieure maintenant donc elles ont moins d'appréhension je pense. Et le fait que je sois une femme, ça les arrange aussi.

- Relance : Selon vous, les femmes sont-elles suffisamment informées sur vos capacités à réaliser un examen gynécologique ?

Euh elles le sont. Celles que je suis, sont étonnées que je puisse le faire. Après celles qui me sont adressées du coup le savent déjà mais c'est pareil, y'en a plein pour les nouvelles patientes, quand je leur pose la question pour le suivi gynéco, elles me disent ça fait 2 ans que j'ai pas vu de gynéco. Quand je leur propose, elles disent ah bon vous pouvez ? On savait pas. Elles sont surprises que le médecin généraliste puisse le faire.

- Relance : Selon vous, les femmes sont-elles informées de la nécessité de poursuivre le dépistage au-delà de 65 ans par un examen clinique ?

Non, très concrètement, j'ai une patiente ce matin qui a eu une hystérectomie. Elle ne savait pas si c'était totale ou subtotale (Rires). Ça fait 5 ans et quand j'ai fait l'examen gynéco, je lui ai dit bah non vous avez toujours votre col donc faut toujours faire le dépistage donc je lui ai fait son frottis mais elle était pas ... Pour elle, y'avait plus d'utérus donc fallait plus voir le gynécologue.

- Relance : Votre pratique est-elle influencée par les comorbidités des patientes ?

Euh, oui forcément si il y a des antécédents familiaux en fait parce que les cancers gynécos, y'en a quand même qui sont pas mal génétiques dépendants donc surtout par rapport à ça. Après le tabac oui, c'est cancéro en général. Le reste ... Diabète, HTA non je prends pas forcément en compte. Honnêtement, on est plus obnubilé par le côté cardiovasculaire que sur le dépistage gynéco donc je pense que je le propose moins dans ces cas là.

- Par leur âge ?

Ouai, plus l'âge avance ... Déjà à 65 ans, y'en a qui ont encore des rapports voir même des nouveaux rapports avec des nouveaux partenaires donc on va retrouver des infections génitales, des HPV éventuels qu'on a pas, qu'on aurait pas penser avant. Qu'à 75 - 80 ans on y pense un petit peu moins. Après les cancers gynéco c'est des cancers, hormis l'ovaire qui évolue lentement donc plus la patiente est âgée moins je dépiste.

- Relance : L'installation pour l'examen gynécologique est-il un obstacle ?

Non parce que j'ai une table pour. J'ai acheté ma table pour faire de la gynéco et pour pouvoir la faire rapidement.

5. Comment pensez-vous être perçu par les patientes sur vos capacités à réaliser leurs examens gynécologiques ?

Je pense pas qu'elles aient des aprioris en particulier sur mes compétences.

Quels critères peuvent influencer leurs demandes dans le domaine gynécologique ?

Avant étant une femme et remplaçant un homme, y en a beaucoup qui venaient me voir quand c'était un problème en gynéco. Elles attendaient la remplaçante, parce que c'était LA remplaçante. Concrètement j'étais amie avec l'un des médecins que je remplaçais et il me disait y'en a beaucoup qui m'ont dit, je préfère attendre votre remplaçante, qu'elle soit là pour voir ça avec elle. Parce que lui c'était un homme jeune donc ça passait pas. A part ça, y'en a qui sont vraiment obnubilés par le fait qu'on ne soit que généraliste, qu'on est pas gynécologue et qu'elles veulent voir à tout prix un gynécologue. On a beau leur expliquer que les jeunes généralistes ont fait de la gynéco dans leur cursus, on peut les convaincre mais ça peut-être l'un des premiers freins je pense.

- Relance : Selon vous, votre âge influence-t-il leurs attentes ?

Non, je pense pas.

- **Relance : Selon vous, le fait que vous soyez le médecin de famille influence-t-il leurs attentes ?**

Je suis pas encore assez vieille mais après oui je pense que ça peut influencer. Ça peut gêner je pense d'un œil extérieur.

6. Quels sont les 3 principales difficultés et obstacles rencontrés pour aborder et pratiquer l'examen gynécologique de ces femmes ?

1. Manque de recommandations dans cette tranche d'âge c'est toujours un peu flou après 65 ans, j'ai toujours tendance à aller revérifier pour les frottis, jusqu'à quand c'est, et même pour le reste.
2. Manque de demande, pas de suivi voulu chez certaines femmes.
3. Gestion simultanée de plusieurs motifs de consultations pour le coup, j'ai tendance à leur dire revenez que pour ça, alors des fois elles reviennent et des fois elles ne reviennent pas.

Je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions. Merci et bonne journée.

Entretien n°14

Je tiens d'abord à vous remercier de participer à mon étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

➤ **Etat civil**

- Êtes-vous un homme ou une femme ? Un homme.
- Quel âge avez-vous ? 33.

➤ **Activité et patientèle**

- Année de début d'exercice : Janvier 2014.
- Votre activité est-elle majoritairement rurale ou urbaine ? Urbaine.
- Exercez-vous seul en cabinet ou en groupe ? Cabinet de groupe.
- Quel est votre nombre d'actes par semaine environ ? 100-120.
- Dans votre patientèle, quelle est approximativement la proportion de femmes de plus de 65 ans ? J'en sais rien moi, 15 % à peu près.
- Y a-t-il un gynécologue à proximité dans votre ville ? Euh oui.
- Selon vous, comment a évolué votre nombre de consultations de gynécologie depuis les 5 dernières années pour les femmes de moins de 65 ans ? Mon prédécesseur faisait les suivis donc les femmes ont continué donc c'est stable. Les 6 premiers mois j'en ai pas fait, et à force de connaître les personnes, les gens sont venus au fur et à mesure donc stabilisation je dirai.
- Et chez les femmes de plus de 65 ans ? Stable également.

➤ **Formation complémentaire**

- Avez-vous une formation complémentaire :
 - en gériatrie (DU ou capacité) ? Non.
 - en gynécologie ? Oui, un stage de gynécologie.
- Suivez-vous régulièrement des FMC ? Oui.

➤ **Faites-vous des consultations de gynécologie au cabinet ?**

Oui.

1. Proposez-vous régulièrement la réalisation d'un examen gynécologique aux femmes de plus de 65 ans ?

Ca dépend de leurs antécédents et si elles consultent pour des choses gynécos, si y'a un bilan d'anémie à faire qu'on n'explique pas. Ca dépend après du contexte.

2. Que faites-vous en pratique dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ?

En systématique si leur frottis a toujours été normal je les arrête. Et je poursuis juste les mammographies. Après palpation abdominale mais pas d'examen gynéco à proprement parler.

Toucher vaginal ?

Non sauf si y'a des plaintes. Si pas de plaintes gynécos, pas d'examen gynéco. Spéculum si plaintes.

Palpation mammaire ?

Oui au moment de la mammographie avant de prescrire la mammographie tous les 2 ans.

3. Une des missions du médecin généraliste est la prise en charge du patient dans sa globalité. Selon vous, avez-vous votre place dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ? Pourquoi ?

Bah oui parce qu'on est en première ligne, en soins de premier recours donc c'est à nous de faire de l'éducation auprès des gens pour faire de l'autopalpation, pour qu'elles nous parlent des problèmes quand il y en a. C'est pas juste, je viens pour mon renouvellement de traitement pour la tension, y'a pas d'autres soucis, de pertes vaginales, démangeaisons, douleurs ? De la prévention globale quoi. De 0 à 114 ans. (Rires) C'est l'âge de ma doyenette.

4. Quelle est votre expérience personnelle concernant l'examen gynécologique chez les femmes de plus de 65 ans ?

C'est surtout en médecine de ville, on en fait plus. A l'hôpital, j'étais à Rouen, en stage en gynéco et on avait que 1/2 journée de consultation. Le reste du temps c'était plus des urgences et la suite de couches donc c'était plutôt les problèmes de jeunes femmes. Et eux les consultations, on voyait seulement 1 à 2 femmes de plus de 65 ans sur la demi-journée. Donc la formation était plus en ville chez les maîtres de stages.

- **Relance : Selon vous, les femmes sont-elles suffisamment informées sur vos capacités à réaliser un examen gynécologique ?**

Mon prédécesseur faisait de la gynéco donc pour elles c'est normal.

- **Relance : Selon vous, les femmes sont-elles informées de la nécessité de poursuivre le dépistage au-delà de 65 ans par un examen clinique ?**

Euh, ça on le dit pas mal, après y'en a beaucoup qui même avant 65 ans, veulent pas de frottis. Quand je leur dis qu'il faut faire, je leur dis peu importe avec qui. Vous pouvez aller voir, on a deux femmes qui font aussi de la gynéco ici donc je leur dis: moi peu m'importe, il faut juste qu'il y ait l'examen gynéco.

- **Relance : Votre pratique est-elle influencée par les comorbidités des patientes ?**

Oui, je vais poursuivre les frottis si il y a des antécédents de conisations, de condylomes cliniques, internes ou externes. Mais si à 65 ans, elle a jamais rien eu, en général il y a très peu de chance pour qu'il y ait une pathologie du col utérin qui apparaisse. Et après c'est si y'a des métrorragies qui apparaissent si elle est ménopausée depuis 10 - 15 ans, à ce moment là, il va y avoir un examen clinique avec un toucher et une échographie pour rechercher un polype ou un épaissement endométriale.

- **Par leur âge ?**

Oui, parce que y'en a qui sont trop vieilles et qui ont une atrophie vaginale trop importante et que même l'examen gynéco est plus possible.

- **Relance : L'installation pour l'examen gynécologique est-il un obstacle ?**

Non, je suis équipé et quand elles se déshabillent je respecte la pudeur des gens.

5. Comment pensez-vous être perçu par les patientes sur vos capacités à réaliser leurs examens gynécologiques ?

Je pense que les patientes si on fait elles ont confiance en nous et elles viennent nous voir parce qu'elles ont le choix quand même et euh, si elles nous demandent si on fait de la gynéco et qu'elles reviennent pour faire l'examen c'est qu'elles ont confiance.

Quels critères peuvent influencer leurs demandes dans le domaine gynécologique ?

Si tout va bien et que y'a jamais eu de soucis en général, on leur dit que y'a plus besoin de surveillance par frottis et tout ça. Donc voilà, si y'a un problème qui apparaît elles vont venir en parler.

Les réticences c'est de manière générale la peur de la maladie. Du coup, effectivement des personnes âgées, y'en a qui vont jamais parler. On va découvrir une anémie, on leur demande elles vont nous dire non et 2 ans après elles vont nous dire bah oui en fait y'avait des saignements. Et ça c'est plus le déni de la maladie que ...

- **Relance : Selon vous, votre âge influence-t-il leurs attentes ?**

Je pense oui mais pas à cet âge. Les personnes âgées y'a pas de réticences. C'est plus pour les personnes qui ont à peu près le même âge que moi.

- **Relance : Selon vous, le fait que vous soyez un homme influence-t-il leurs attentes ?**

Oui un peu quand même, elles vont peut-être plus facilement voir une femme.

- **Relance : Selon vous, le fait que vous soyez le médecin de famille influence-t-il leurs attentes ?**

Oui, mais ça dépend des gens. Pour une partie c'est plus facile parce qu'on connaît les gens et pour une autre partie non parce que quand j'étais remplaçant je voyais des patients de docteur juste pour la gynéco parce que elles me disaient qu'elles connaissaient trop bien monsieur et qu'elles avaient une pudeur pour l'examen gynéco et qu'elles préféraient que ce soit quelqu'un d'autre. Donc ça dépend des gens et aussi de leur relation avec le médecin.

6. Quels sont les 3 principales difficultés et obstacles rencontrés pour aborder et pratiquer l'examen gynécologique de ces femmes ?

1. Formation insuffisante.
2. Manque de recommandations dans cette tranche d'âge.
3. Manque de demande, pas de suivi voulu chez certaines femmes.

Je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions. Merci et bonne journée.

Entretien n°15

Je tiens d'abord à vous remercier de participer à mon étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

- **Etat civil**
 - Êtes-vous un homme ou une femme ? Une femme.
 - Quel âge avez-vous ? 34 ans.
- **Activité et patientèle**

- Années de début d'exercice : Installation en 2015, en remplacement 2009.
- Votre activité est-elle majoritairement rurale ou urbaine ? Rurale.
- Exercez-vous seule en cabinet ou en groupe ? En cabinet de groupe mais seule comme médecin généraliste.
- Quel est votre nombre d'actes par semaine environ ? Euh 125.
- Dans votre patientèle, quelle est approximativement la proportion de femmes de plus de 65 ans ? : (Rires) Euh, 15 %.
- Y a-t-il un gynécologue à proximité dans votre ville ? Non.
- Selon vous, comment a évolué votre nombre de consultations de gynécologie depuis les 5 dernières années chez les femmes de moins de 65 ans ? C'est difficile, je suis installée depuis moins de 1 an, euhh je pense que j'en fais régulièrement donc plutôt en augmentation.
- Et chez les femmes de plus de 65 ans ? euhh c'est souvent des patientèles qui ont un suivi gynécologique, médical ancien et donc pas forcément tant que ça. Quelques unes mais pas plus que ça. Plutôt stable du coup.
- **Formation complémentaire**
- Avez-vous une formation complémentaire :
 - en gériatrie (DU ou capacité) ? Non.
 - en gynécologie ? J'ai fait un stage et j'aime bien ça, mais j'ai pas de vraie formation complémentaire.
- Suivez-vous régulièrement des FMC ? Oui.

➤ **Faites-vous des consultations de gynécologie au cabinet ?**

Oui.

1. Proposez-vous régulièrement la réalisation d'un examen gynécologique aux femmes de plus de 65 ans ?

Alors oui et non. Quand je crée le dossier je redemande la date de frottis et tout ça. Cependant on arrive à un âge où y'a plus trop de recommandations donc oui premièrement. Après pour l'examen des seins, ça dépend de certaines femmes, mais je leur parle de la mammographie et ça m'arrive de faire l'examen des seins dans certain cas.

2. Que faites-vous en pratique dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ?

Euh dans certains cas, on fait encore des frottis même si il me semble que c'est 65 ans la limite supérieure. Euh je poursuis quand y'a des antécédents de frottis pathologiques par le passé essentiellement et à la demande de certaines patientes. Y'en a qui aiment bien avoir un suivi gynéco régulier.

Après examen des seins, euh dans certains contextes en fonction des antécédents, des plaintes, euh des fois en dehors de la mammographie, entre deux mammographies, et puis je peux faire des examens gynécos quand j'ai une cause à rechercher, si pertes anormales, des saignements, quand y'a un truc qui cloche ou autre chose.

Pose de spéculum ? Si symptômes.

Toucher vaginal ? Egalement.

Palpation pelvienne ? Je l'englobe avec l'examen général.

3. Une des missions du médecin généraliste est la prise en charge du patient dans sa globalité. Selon vous, avez-vous votre place dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ? Pourquoi ?

Oui, complètement. Parce qu'on les connaît, on les voit régulièrement. Elles se suivent pas souvent, elles ne voient pas souvent un gynécologue et puis parce que c'est du dépistage facile à faire et qui ne nécessite pas de consultation spécialisée. Pour moi la spécialité de gynécologie médicale est amenée à disparaître.

4. Quelle est votre expérience personnelle concernant l'examen gynécologique chez les femmes de plus de 65 ans ?

Ca se passe plutôt bien, moi je le propose systématiquement quand je crée les dossiers parce que je pose des questions sur l'âge de la ménopause, la date du frottis. C'est l'occasion d'ouvrir le dialogue. Euh, après y'a certaines femmes qui sont gênées par la sécheresse vaginale. Ca facilite pas forcément. C'est vraiment très variable d'une patiente à l'autre. Après une femme de 70 ans qui n'a pas d'antécédents de frottis pathologique, je vais pas aller l'examiner au niveau endovaginale. Je l'embête pas avec ça.

- **Relance : Selon vous, les femmes sont-elles suffisamment informées sur vos capacités à réaliser un examen gynécologique ?**

Je pense que oui parce que je l'ai affiché en salle d'attente. J'ai affiché les tarifs volontairement pour montrer que je fais du suivi gynéco et puis parce que quand je crée les dossiers je leur en parle.

- **Relance : Selon vous, les femmes sont-elles informées de la nécessité de poursuivre le dépistage au-delà de 65 ans par un examen clinique ?**

Je pense qu'elles le font pas forcément, euh, elles le font pas forcément. C'est difficile votre question. Quand on décide d'arrêter les frottis souvent elles se font pas forcément examiner, en plus c'est pas forcément agréable pour elles avec la sécheresse.

- **Relance : Votre pratique est-elle influencée par les comorbidités des patientes ?**

Pour le suivi gynéco, non mais par contre par l'âge oui, je pense que arrivées à un âge, je les embête plus avec un examen vaginal, vers 70 ans on va dire.

- **Relance : L'installation pour l'examen gynécologique est-il un obstacle ?**

Non

5. Comment pensez-vous être perçu par les patientes sur vos capacités à réaliser leurs examens gynécologiques ?

C'est très variable d'une patiente à l'autre. Y'a des patientes qui aiment bien que ce soit leur médecin généraliste qui fasse le suivi. Y'en a d'autres qui préfèrent aller voir une sage-femme ou un gynéco, c'est vraiment très très variable.

Quels critères peuvent influencer leurs demandes dans le domaine gynécologique ?

Je pense que c'est pas lié à mes capacités à réaliser un examen gynéco mais certaines femmes préfèrent voir quelqu'un de différent pour la gynécologie que pour le reste. Je pense que c'est surtout ça.

- **Relance : Selon vous, votre âge influence-t-il leurs attentes ?**

Oui, pas forcément sur les femmes âgées mais plutôt sur les femmes jeunes. C'est un facteur facilitant pour moi.

- **Relance : Selon vous, le fait que vous soyez une femme influence-t-il leurs attentes ?**

Oui clairement, elles posent plus de questions.

- **Relance : Selon vous, le fait que vous soyez le médecin de famille influence-t-il leurs attentes ?**

Ca dépend du contexte, elles viennent toute seule quand c'est comme ça. Euh, je pense pas que ce soit un obstacle.

6. Quels sont les 3 principales difficultés et obstacles rencontrés pour aborder et pratiquer l'examen gynécologique de ces femmes ?

1. Manque de recommandations dans cette tranche d'âge.
2. Manque de demande, pas de suivi voulu chez certaines femmes.
3. Gestion simultanée de plusieurs motifs de consultations.

Je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions. Merci et bonne journée.

Entretien N°16

Je tiens d'abord à vous remercier de participer à mon étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

➤ **Etat civil**

- Êtes-vous un homme ou une femme ? Un homme.
- Quel âge avez-vous ? 46.

➤ **Activité et patientèle**

- Années de début d'exercice : 2015.
- Votre activité est-elle majoritairement rurale ou urbaine ? Urbaine.
- Exercez-vous seul en cabinet ou en groupe ? En groupe.
- Quel est votre nombre d'actes par semaine environ ? Entre 60 et 70.
- Dans votre patientèle, quelle est approximativement la proportion de femmes de plus de 65 ans ? 10 %.
- Y a-t-il un gynécologue à proximité dans votre ville ? Oui.
- Selon vous, comment a évolué votre nombre de consultations de gynécologie depuis les 5 dernières années chez les femmes de moins de 65 ans ? Stabilisation, c'est zéro, ça continue à 0.
- Et chez les femmes de plus de 65 ans ? Même chose.

➤ **Formation complémentaire**

- Avez-vous une formation complémentaire :
 - en gériatrie (DU ou capacité) ? Non.
 - en gynécologie ? Non.
- Suivez-vous régulièrement des FMC ? Oui mais pas sur le sujet.

➤ **Faites-vous des consultations de gynécologie au cabinet ?**

Non car j'ai pas de formation. La deuxième raison c'est que les femmes sont souvent réticentes. Les rares fois où je voulais les examiner un peu... Elles ont pas envie donc en général je les envoie au labo.

1. Proposez-vous régulièrement la réalisation d'un examen gynécologique aux femmes de plus de 65 ans ?

Non.

Pourquoi ?

J'y pense pas.

2. Que faites-vous en pratique dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ?

Si y'a pas de signe clinique, je vais pas faire grand chose. Frottis à cet âge là, j'y pense moins que la mammo. Oui mammo je vérifie.

Palpation mammaire ? Non très peu, parce que ça peut-être délicat et difficile à aborder, sauf signe.

Pose de spéculum ? Non.

Toucher vaginal ? Non, pas sans signe clinique.

Palpation pelvienne ? Même chose.

3. Une des missions du médecin généraliste est la prise en charge du patient dans sa globalité. Selon vous, avez-vous votre place dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ?

Bien sûr, mais après il faut un minimum de formation et puis on va pas brusquer les gens donc il faut qu'il y ait, pas une demande mais un consentement réel pas du bout des lèvres. Faut qu'elles soient clairement d'accord sinon elles vont vers quelqu'un avec qui elles sont plus à l'aise.

Pourquoi ?

Parce que c'est nous qui les voyons le plus. On est les plus proche.

4. Quelle est votre expérience personnelle concernant l'examen gynécologique chez les femmes de plus de 65 ans ?

Nul, zéro.

- **Relance : Selon vous, les femmes sont-elles suffisamment informées sur vos capacités à réaliser un examen gynécologique ?**

Oui, je pense pas que ce soit le problème. Humm, non je pense pas que ce soit le problème. C'est plutôt un manque de formation. Pourquoi ? Parce qu'on passe pas tous en gynéco et chez le prat c'était des médecins traitants hommes qui faisaient très peu de gynéco, soit j'étais avec des femmes et généralement je sortais.

- **Relance : Selon vous, les femmes sont-elles informées de la nécessité de poursuivre le dépistage au-delà de 65 ans par un examen clinique ?**

Pas sûr.

- **Relance : Votre pratique est-elle influencée par les comorbidités des patientes ?**

Non c'est plutôt en fonction de ... d'antécédents cancéro.

- **Par leur âge ?**

Non pas moi mais les femmes sont influencées par leur âge. Elles vont moins consulter pour ça quand elles vieillissent.

- **Relance : L'installation pour l'examen gynécologique est-il un obstacle ?**

Si j'en faisais, non. En général pour des consultations qui prennent plus de temps, on réserve du temps donc non.

5. Comment pensez-vous être perçu par les patientes sur vos capacités à réaliser leurs examens gynécologiques ?

Je sais pas.

Quels critères peuvent influencer leurs demandes dans le domaine gynécologique ?

Le sexe du praticien, ça c'est sûr.

Leur habitude, si elles ont été suivies par un gynéco, elles vont vouloir poursuivre avec un gynéco, et pas être suivies par leur médecin traitant.

- **Relance : Selon vous, votre âge influence-t-il leurs attentes ?**

(Réflexion) Non.

- **Relance : Selon vous, le fait que vous soyez le médecin de famille influence-t-il leurs attentes ?**

Je pense pas, parce que c'est des choses intimes en médecine générale mais y'en a beaucoup d'autres, autre que l'examen gynéco. Non, non, non.

6. Quels sont les 3 principales difficultés et obstacles rencontrés pour aborder et pratiquer l'examen gynécologique de ces femmes ?

1. Formation insuffisante : évidemment.
2. Manque d'intérêt pour la gynécologie.
3. Gêne de votre part ou de la patiente (pudeur, inconfort) avec la gêne de la patiente liée au sexe du prat.

Je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions. Merci et bonne journée.

Entretien n°17

Je tiens d'abord à vous remercier de participer à mon étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

➤ **Etat civil**

- Êtes-vous un homme ou une femme ? Un homme.
- Quel âge avez-vous ? 42 ans.

➤ **Activité et patientèle**

- Années de début d'exercice : Attendez je réfléchis ça fait déjà longtemps, euh ça fait déjà 13 ans donc en 2003.
- Votre activité est-elle majoritairement rurale ou urbaine ? Semi-rurale.
- Exercez-vous seul en cabinet ou en groupe ? En groupe.
- Quel est votre nombre d'actes par semaine environ ? Humm, 125.
- Dans votre patientèle, quelle est approximativement la proportion de femmes de plus de 65 ans ? Des femmes de plus de 65 ans, on va dire 30 %.
- Y a-t-il un gynécologue à proximité dans votre ville ? Oui.
- Selon vous, comment a évolué votre nombre de consultations de gynécologie depuis les 5 dernières années chez les femmes de moins de 65 ans ? Diminution.

- Et chez les femmes de plus de 65 ans ? Stabilisation.

➤ **Formation complémentaire**

- Avez-vous une formation complémentaire :
 - en gériatrie (DU ou capacité) ? Oui.
 - en gynécologie ? Non.
- Suivez-vous régulièrement des FMC ? Oui.

➤ **Faites-vous des consultations de gynécologie au cabinet ?**

Rarement.

1. Proposez-vous régulièrement la réalisation d'un examen gynécologique aux femmes de plus de 65 ans ?

Non.

Pourquoi ?

Peut-être problème de, comment je pourrais dire ça, pudeur envers elles voilà, pudeur de ma part. Après, tout ce qui est frottis et tout ça je fais très peu par contre palpation des seins etc je fais très régulièrement. Voilà c'est pas le même organe on va dire.

2. Que faites-vous en pratique dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ?

Je prescris une consultation gynécologique avec un médecin spécialiste. Je palpe les seins une fois par an si possible, euh et puis j'incite les patientes à aller faire leur mammographie régulièrement une fois tous les deux ans.

Toucher vaginal ? Non, trop de pudeur.

Pose de spéculum ? Même chose.

Palpation pelvienne ? Avec la palpation abdominale.

3. Une des missions du médecin généraliste est la prise en charge du patient dans sa globalité. Selon vous, avez-vous votre place dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ?

Oui.

Pourquoi ?

Parce c'est une prise en charge globale, qui fait partie de mon métier, que nous avons tout le matériel à disposition, nous avons la formation pour. Ca doit être fait dans un but de prévention qui fait totalement partie du métier de médecin généraliste.

4. Quelle est votre expérience personnelle concernant l'examen gynécologique chez les femmes de plus de 65 ans ?

Euh de la pudeur, difficulté à appréhender le sujet. J'en fais très peu en dehors de l'examen mammaire donc mon expérience remonte à mon expérience hospitalière quand j'étais interne donc loin.

- **Relance : Selon vous, les femmes sont-elles suffisamment informées sur vos capacités à réaliser un examen gynécologique ?**

Oui.

- **Relance : Selon vous, les femmes sont-elles informées de la nécessité de poursuivre le dépistage au-delà de 65 ans par un examen clinique ?**

Oui.

- **Relance : Votre pratique est-elle influencée par les comorbidités des patientes ?**

Oui.

- **Par leur âge ?**

Non.

- **Relance : L'installation pour l'examen gynécologique est-il un obstacle ?**

Ca peut-être un obstacle mais ça dépend des comorbidités, de la dépendance et puis euhh voilà mais c'est sûr que on est plus dépend à 85 ans qu'à 65 ans. Soixante-cinq ans ça reste un âge euh, c'est pas le troisième âge, ça c'est l'ancienne médecine.

5. Comment pensez-vous être perçu par les patientes sur vos capacités à réaliser leurs examens gynécologiques ?

Aucune idée.

Quels critères peuvent influencer leurs demandes dans le domaine gynécologique ?

Quand ça va aller mal, une métrorragie, un nodule du sein mais pas dans la prévention en tout cas. Quand y'a un problème, quand y'a un symptôme, je pense que là elles demandent.

- **Relance : Selon vous, votre âge influence-t-il leurs attentes ?**

(Rires) Je suis jeune et beau. Oui sûrement. Oui dans le sens où si tu es trop jeune elles ne vont pas faire la démarche je pense, mais c'est moi qui pense ça.

- **Relance : Selon vous, le fait que vous soyez un homme influence-t-il leurs attentes ?**

Peut-être oui sûrement mais c'est moi qui le pense toujours.

- **Relance : Selon vous, le fait que vous soyez le médecin de famille influence-t-il leurs attentes ?**

Oui dans le bon sens pour certaines femmes, ça les met à l'aise.

6. Quels sont les 3 principales difficultés et obstacles rencontrés pour aborder et pratiquer l'examen gynécologique de ces femmes ?

1. Manque de demande, pas de suivi voulu chez certaines femmes.
2. Gêné de votre part ou de la patiente (pudeur, inconfort) : logique jusqu'au bout.
3. Gestion simultanée de plusieurs motifs de consultations.

Je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions. Merci et bonne journée.

Entretien n°18

Je tiens d'abord à vous remercier de participer à mon étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

➤ **Etat civil**

- Êtes-vous un homme ou une femme ? Un homme.
- Quel âge avez-vous ? 51 ans.

➤ **Activité et patientèle**

- Années de début d'exercice : euh 2001.
- Votre activité est-elle majoritairement rurale ou urbaine ? Plutôt semi-rurale.
- Exercez-vous seul en cabinet ou en groupe ? En groupe.
- Quel est votre nombre d'actes par semaine environ ? 120 environ.
- Dans votre patientèle, quelle est approximativement la proportion de femmes de plus de 65 ans ? Oh, beaucoup, je dirai 30 %.
- Y a-t-il un gynécologue à proximité dans votre ville ? Oh non c'est en voie de disparition.
- Selon vous, comment a évolué votre nombre de consultations de gynécologie depuis les 5 dernières années chez les femmes de moins de 65 ans ? Stabilisation je pense.
- Et chez les femmes de plus de 65 ans ? Je pense que c'est pareil, stable.

➤ **Formation complémentaire**

- Avez-vous une formation complémentaire :
 - en gériatrie (DU ou capacité) ? Oui.
 - en gynécologie ? Pas du tout.
- Suivez-vous régulièrement des FMC ? Bien sûr comme tout médecin devrait le faire.

➤ **Faites-vous des consultations de gynécologie au cabinet ?**

Oui, ça m'arrive.

1. Proposez-vous régulièrement la réalisation d'un examen gynécologique aux femmes de plus de 65 ans ?

Pour être honnête non.

Pourquoi ?

Euh, parce que à 65 ans c'est un peu compliqué, euh déjà la femme post-ménopausée a déjà beaucoup d'autres problèmes de santé comme le diabète, l'hypertension et les femmes viennent nous voir pour ça en général. Et c'est vrai que je ne vais pas extrapoler vers la gynéco, fin je projette pas du tout vers le versant gynécologique. C'est peut-être une erreur d'ailleurs mais euh, déjà elles n'en font pas la demande et honnêtement étant donné qu'il y a d'autres problèmes, j'en fais pas une priorité. Après ça m'intéresse pas non plus, la gynécologie chez la femme jeune on se dit, allez on sert à quelque chose, après chez la femme plus âgée, les problèmes gynécologiques sont pas euh au premier plan, en tout cas en soins primaires selon moi.

2. Que faites-vous en pratique dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ?

Euh pff, on fait les tests de dépistage organisé pour le dépistage des cancers du sein, donc mammographie. Pas de palpation mammaire non. Parce que je pense que je n'ai plus la compétence de détecter quelque chose si y'avait quelque chose. Si la femme s'est auto-palpée et a un doute, je préfère quand même l'adresser à un gynécologue pour un avis spécialisé. L'avis spécialisé est plus indiqué dans ces cas là je pense.

Palpation pelvienne ?

Oui avec la palpation abdominale, je vais voir si il y a de l'ascite ou quelque chose.

Je fais pas de pose de spéculum et de toucher pelvien. Je devrais peut-être mais non, trop de pudeur je pense peut-être.

Frottis ? Non c'est pas un examen qui me met à l'aise non plus, faut avoir une certaine confiance et je pense que au bout d'un certain âge, ce qu'elles veulent c'est leur anti hypertenseur ou leur Lexomil lol. Je pense que c'est pas quelque chose qu'elles attendent. Ca me met probablement aussi mal à l'aise.

3. Une des missions du médecin généraliste est la prise en charge du patient dans sa globalité. Selon vous, avez-vous votre place dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ? Pourquoi ?

En théorie oui, ça clairement oui parce que on est en soins primaires donc on est là pour dépister tout ce qui est possible comme on peut dépister un diabète ou ... Alors après ça c'est la théorie mais j'ai ma place mais je n'y ai pas franchement réfléchi ou mis en place de façon aussi systématique que d'autres cancers, digestifs ou autre.

4. Quelle est votre expérience personnelle concernant l'examen gynécologique chez les femmes de plus de 65 ans ?

Une anecdote quand même, c'est difficile de poser un spéculum à une femme de plus de 65 - 70 ans pour des raisons physiologiques liées au vieillissement. L'expérience une fois c'est que ça s'est pas super bien passé, c'était douloureux, vraiment donc j'ai pas refait. En ce qui concerne la palpation mammaire, je vous l'ai dit, mon expérience elle est limitée. Et en plus moins j'en palpe et moins j'en palperai. On a la compétence théorique mais y'a aussi la compétence pratique des gestes et je pense que je ne l'ai pas pour être honnête. J'ai vraiment délaissé la part gynéco en fait.

- Relance : Selon vous, les femmes sont-elles suffisamment informées sur vos capacités à réaliser un examen gynécologique ?

Clairément je ne pense pas parce que je pense que pour elles, la gynécologie est réservée au gynécologue. Voilà euh, rien que sur les demandes de frottis ça aurait dû exploser avec la démographie des gynécologues qui diminue mais c'est pas le cas et je fais que une consultation gynécologique par mois environ pas plus.

- Relance : Selon vous, les femmes sont-elles informées de la nécessité de poursuivre le dépistage au-delà de 65 ans par un examen clinique ?

Honnêtement c'est sûr que non, on a eu beaucoup de publicités qui informaient sur le dépistage du cancer du colon, du sein mais pour les femmes je pense que après un âge c'est fini. Y'a plus besoin de dépister. La pub était très explicite sur une période donnée et ça a complètement été aux oubliettes ensuite. Je pense qu'elles sont pas informées non.

- Relance : Votre pratique est-elle influencée par les comorbidités des patientes ?

Ca entre en cause évidemment. Malheureusement, je n'en fais pas mais même si j'avais l'indication d'en faire parce que j'avais un point d'appel clinique au niveau de l'examen gynécologique, je pense que je ne ferai pas la même chose à une personne avec un cancer colorectal et avec une personne avec un bon vieillissement, qui fait encore son vélo à 70 ans.

- Par leur âge ?

Plus ils vieillissent moins on fait d'examen clinique poussé. J'ai remarqué ça dans mon expérience personnelle et celles de mes confrères, plus une femme avance dans l'âge, au début on va y aller on va faire plein de choses. Quand elle avance dans l'âge, j'ai remarqué on prend la tension, on ausculte et c'est tout parce que ça prend du temps pour la déshabiller, pour l'installer comme il faut parce que même si elle est bien vieillissante, la locomotion elle est quand même ralentie donc du coup c'est quand même compliqué et c'est pire en gynéco (rires).

- Relance : L'installation pour l'examen gynécologique est-il un obstacle ?

Complètement alors chez la femme en général mais particulièrement chez les femmes âgées pour les raisons que je viens d'évoquer. Euh mais bon chez les femmes jeunes c'est un peu pareil faut sortir la lampe, poser les étriers, se mettre en position gynécologique, faut mettre à l'aise avant, y'a beaucoup de choses à faire pour qu'un examen gynécologique se passe bien. Alors que un examen clinique que j'estimerai classique est beaucoup plus rapide, là y'a plus de choses à faire et c'est chronophage et quand c'est chronophage, c'est mal voir pas fait.

5. Comment pensez-vous être perçu par les patientes sur vos capacités à réaliser leurs examens gynécologiques ?

Je pense pas qu'elles s'imaginent que je puisse être capable de le faire et honnêtement je pense qu'elles se trompent pas de beaucoup. Encore une fois je ne fais pas assez d'actes pour pouvoir être assez compétent pour en faire.

Quels critères peuvent influencer leurs demandes dans le domaine gynécologique ?

Que je sois un homme ça c'est sûr, elles sont plus à l'aise avec une femme sauf si c'est un homme gynécologue parce qu'il est gynécologue. Le relationnel aussi, les femmes que je connais moins sont plus à l'aise pour poser des questions gynécologiques qu'une femme que je suis en tant que bon médecin de famille (Rires). Je n'ai que 32 ans mais par contre celles que je connais bien vont moins venir pour des choses comme ça. Pour des hémorroïdes c'est le cas aussi bizarrement. Le fait que j'ai une femme dans le même cabinet, elles seront plus à l'aise avec elle. L'information aussi : si tu es pas informé que tu dois continuer à te faire dépister. Et c'est l'une des premières causes de mortalité me semble-t-il. Et puis je suis pas à l'aise en gynéco comme en ORL d'ailleurs donc y'a un manque d'intérêt qu'elles peuvent ressentir aussi.

- Relance : Selon vous, votre âge influence-t-il leurs attentes ?

Ca peut mettre à l'aise si je suis jeune.

6. Quels sont les 3 principales difficultés et obstacles rencontrés pour aborder et pratiquer l'examen gynécologique de ces femmes ?

1. Manque de temps.
2. Age et sexe du praticien.
3. Gestion simultanée de plusieurs motifs de consultations ça c'est sur la femme de plus de 65 c'est HTA, diabète et ça passe au premier plan, on va rechercher la douleur thoracique mais on va pas forcément rechercher les saignements gynéco.

Je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions. Merci et bonne journée.

Entretien n°19

Je tiens d'abord à vous remercier de participer à mon étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

➤ **Etat civil**

- Êtes-vous un homme ou une femme ? Une femme.
- Quel âge avez-vous ? 55 ans.

➤ **Activité et patientèle**

- Années de début d'exercice : 94.
- Votre activité est-elle majoritairement rurale ou urbaine ? Semi-rurale.
- Exercez-vous seule en cabinet ou en groupe ? En groupe.
- Quel est votre nombre d'actes par semaine environ ? On va dire 120 à peu près.
- Dans votre patientèle, quelle est approximativement la proportion de femme de plus de 65 ans ? Oh, euh ... Pas facile à dire je dirai 15 % environ.
- Y a-t-il un gynécologue à proximité dans votre ville ? Non
- Selon vous, comment a évolué votre nombre de consultations de gynécologie depuis les 5 dernières années chez les femmes de moins de 65 ans ? Augmentation je dirai.
- Et chez les femmes de plus de 65 ans ? Stable, y'a beaucoup moins de demandes.

➤ **Formation complémentaire**

- Avez-vous une formation complémentaire :
 - en gériatrie (DU ou capacité) ? Non.
 - en gynécologie ? Non.
- Suivez-vous régulièrement des FMC ? Oui.

➤ **Faites-vous des consultations de gynécologie au cabinet ?**

Oui.

1. Proposez-vous régulièrement la réalisation d'un examen gynécologique aux femmes de plus de 65 ans ?

Oui j'essaie de leur proposer autant que possible dès que j'y pense. Les femmes de cet âge n'en font pas la demande spontanément en général donc c'est à nous de leur rappeler.

2. Que faites-vous en pratique dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ?

Un examen gynécologique complet autant que possible et surtout si elles peuvent s'installer. Je fais un examen au spéculum, un TV, un FCU même si je sais que les recos normalement si je ne me trompe pas c'est pas recommandé après 65 ans. Mais en général les femmes peuvent être amenées à refaire leur vie suite à un divorce quelques fois autour de 50 ans. Leur vie sexuelle reprend avec éventuellement des partenaires multiples donc surtout dans ces cas là, ça vaut le coup de refaire un frottis. Y'a encore un bénéfice à en faire un selon moi. Après palpation des seins, et mammographie avec DECAD'E. Ensuite je vais très facilement à l'échographie pelvienne sur des douleurs mal étiquetées même si y'a pas vraiment de recos non plus pour l'ovaire, y'a pas de risque et ça peut rapporter gros.

3. Une des missions du médecin généraliste est la prise en charge du patient dans sa globalité. Selon vous, avez-vous votre place dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ? Pourquoi ?

Ah oui oui. Parce que c'est de la médecine générale ! C'est notre rôle de leur rappeler de continuer à se faire suivre même après 65 ans. Souvent, les femmes me demandent pourquoi car elles pensent que elles sont ménopausées donc c'est fini, on voit plus le gynéco. Donc voilà.

4. Quelle est votre expérience personnelle concernant l'examen gynécologique chez les femmes de plus de 65 ans ?

Ca se passe plutôt bien, elles sont habituées maintenant. Quelquefois on peut-être gêné par la sécheresse intime pour la mise en place du spéculum mais on hydrate et le plus souvent, elles ne s'en plaignent pas. Après plus on avance dans l'âge plus c'est difficile de s'installer, surtout en hiver, tous les vêtements et puis, elles se déplacent moins bien, ça peut-être gênant.

- **Relance : Selon vous, les femmes sont-elles suffisamment informées sur vos capacités à réaliser un examen gynécologique ?**

Oui, je leur dis.

- **Relance : Selon vous, les femmes sont-elles informées de la nécessité de poursuivre le dépistage au-delà de 65 ans par un examen clinique ?**

Non pas du tout. Comme je vous le disais pour la gynéco basse surtout, elles pensent que après la ménopause c'est fini. Par contre pour le sein, elles sont plutôt bien informées, y'a plein de campagnes de pub autour et DECAD'E et les courriers.

- **Relance : Votre pratique est-elle influencée par les comorbidités des patientes ?**

Forcément un peu oui. Si y'a plein d'autres antécédents ou déjà une espérance de vie limitée sur un cancer ou autre je vais pas faire de dépistage gynéco. Des douleurs importantes aussi par exemple arthrose ça limite aussi. Le morphotype de la patiente aussi soyons honnêtes, une patiente obèse en général on propose moins ce genre d'examen même si on devrait

pas mais inconsciemment on le fait je pense.

- **Par leur âge ?**

Non

- **Relance : L'installation pour l'examen gynécologique est-il un obstacle ?**

Oui pour le temps que ça prend de s'installer, se déshabiller et en fonction de la patiente si elle se mobilise peu ça peut-être un obstacle oui.

5. Comment pensez-vous être perçu par les patientes sur vos capacités à réaliser leurs examens gynécologiques ?

Je pense que c'est bien.

Quels critères peuvent influencer leurs demandes dans le domaine gynécologique ?

Leur expérience personnelle et leur entourage, si elles connaissent ou ont dans leur entourage une personne qui est atteinte d'un cancer, elles vont forcément être plus demandeuses pour les dépister. Mais comme nous d'ailleurs on est influencé par nos propres expériences : j'ai perdu ma mère d'un cancer du sein donc je sollicite d'autant plus mes patientes pour les palpations mammaires au cabinet, l'autopalpation et forcément je surveille leur mammo. Donc ça influence forcément.

Je suis désolée.

- **Relance : Selon vous, votre âge influence-t-il leurs attentes ?**

Ca facilite je pense, on est dans la même génération, le fait que je sois une femme également ça facilite les choses.

- **Relance : Selon vous, le fait que vous soyez le médecin de famille influence-t-il leurs attentes ?**

Non je crois pas.

6. Quels sont les 3 principales difficultés et obstacles rencontrés pour aborder et pratiquer l'examen gynécologique de ces femmes ?

1. Manque de temps, c'est chronophage c'est sûr.
2. Manque de demande, pas de suivi voulu chez certaines femmes.
3. Gestion simultanée de plusieurs motifs de consultations, on peut pas tout inclure dans une même consultation donc leur dire de revenir mais des fois elles ne reviennent pas seulement pour ça (Rires).

Je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions. Merci et bonne journée.

Entretien n°20

Je tiens d'abord à vous remercier de participer à mon étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

➤ **Etat civil :**

- Êtes-vous un homme ou une femme ? Une femme.
- Quel âge avez-vous ? 61 ans.

➤ **Activité et patientèle :**

- Années de début d'exercice : Euh, en 1988.
- Votre activité est-elle majoritairement rurale ou urbaine ? Semi-rurale.
- Exercez-vous seule en cabinet ou en groupe ? Seule.
- Quel est votre nombre d'actes par semaine environ ? Maintenant 90 à 100 par semaine j'ai diminué mon activité
- Dans votre patientèle, quelle est approximativement la proportion de femmes de plus de 65 ans ? A la louche 20 %.
- Y a-t-il un gynécologue à proximité dans votre ville ? Non.
- Selon vous, comment a évolué votre nombre de consultations de gynécologie depuis les 5 dernières années chez les femmes de moins de 65 ans ? Stabilisation.
- Et chez les femmes de plus de 65 ans ? Diminution par contre.

➤ **Formation complémentaire :**

- Avez-vous une formation complémentaire :
 - en gériatrie (DU ou capacité) ? Non.
 - en gynécologie ? Non.
- Suivez-vous régulièrement des FMC ? Non

➤ **Faites-vous des consultations de gynécologie au cabinet ?**

Oui bien sûr.

1. Proposez-vous régulièrement la réalisation d'un examen gynécologique aux femmes de plus de 65 ans ?

Oui

2. Que faites-vous en pratique dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ?

Je fais la mammographie, je surveille qu'elles soient faites en tout cas. Une palpation pelvienne fréquente. Je fais très rarement un examen au spéculum à cet âge, aux femmes plus jeunes oui mais là ... seulement si il y a une plainte de la patiente.

Une palpation mammaire ? Oui j'essaye une fois de temps en temps et si symptômes évidemment.

Toucher vaginal ? Non.

FCU ? Non plus.

3. Une des missions du médecin généraliste est la prise en charge du patient dans sa globalité. Selon vous, avez-vous votre place dans le dépistage des cancers gynécologiques des femmes de plus de 65 ans ? Pourquoi ?

On a de plus en plus notre place oui, y'a de moins en moins de gynécos donc on doit prendre le relai.

4. Quelle est votre expérience personnelle concernant l'examen gynécologique chez les femmes de plus de 65 ans ?

Dans les cas où je dois faire un examen gynéco après 65 ans, si c'est des patientes que je suis depuis longtemps ça se passe bien, elles me connaissent bien. Après quand c'est des patientes que je connais depuis moins longtemps ça peut poser des soucis, elles sont un peu plus pudiques car le médecin généraliste avant ne leur proposait pas d'examen gynéco. Quand c'est mon remplaçant aussi, c'est plus difficile car c'est un homme et c'est un « nouveau ». J'ai également des femmes musulmanes donc le fait qu'il soit homme, elles refusent systématiquement.

- **Relance : Selon vous, les femmes sont-elles suffisamment informées sur vos capacités à réaliser un examen gynécologique ?**

Oui, ça oui.

- **Relance : Selon vous, les femmes sont-elles informées de la nécessité de poursuivre le dépistage au-delà de 65 ans par un examen clinique ?**

Je pense, je le rappelle en tout cas.

- **Relance : Votre pratique est-elle influencée par les comorbidités des patientes ?**

On fait moins de dépistage avec les femmes poly-pathologiques ça c'est sûr.

- **Par leur âge ?**

Oui, je fais moins d'exams à une femme de 85 que de 65. (Rires)

- **Relance : L'installation pour l'examen gynécologique est-il un obstacle ?**

Non.

5. Comment pensez-vous être perçu par les patientes sur vos capacités à réaliser leurs examens gynécologiques ?

Je sais pas à vrai dire.

Quels critères peuvent influencer leurs demandes dans le domaine gynécologique ?

Si y'a une plainte elles vont venir forcément. Je vois pas sinon.

- **Relance : Selon vous, votre âge influence-t-il leurs attentes ?**

On a le même âge, elles viennent plus je pense. Et je suis une femme donc c'est plus facile pour elles.

- **Relance : Selon vous, le fait que vous soyez le médecin de famille influence-t-il leurs attentes ?**

Non ça change rien.

6. Quels sont les 3 principales difficultés et obstacles rencontrés pour aborder et pratiquer l'examen gynécologique de ces femmes ?

1. Manque de demande, pas de suivi voulu chez certaines femmes.
2. Gêné de votre part ou de la patiente (pudeur, inconfort,).
3. Gestion simultanée de plusieurs motifs de consultations.

Je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions. Merci et bonne journée.

Résumé

Contexte : Compte tenu des évolutions démographiques générales et gynécologiques, le médecin généraliste a un rôle majeur dans le suivi gynécologique des femmes de plus de 65 ans.

L'objectif de ce travail est de décrire la pratique de l'examen gynécologique des médecins généralistes pour dépister les cancers gynécologiques chez les femmes de plus de 65 ans et recenser les difficultés et limites rencontrées par ces praticiens.

Méthodes : Nous avons mené une étude qualitative en 2016, basée sur des entretiens semi-dirigés auprès de 20 médecins généralistes dans l'Eure et la Seine-Maritime. Les données recueillies ont concerné, les données socio démographiques, professionnelles, et les freins retenus par les médecins.

Résultats : La conscience du médecin généraliste concernant son rôle central dans la prévention oncologique motive la prise en charge onco-gynécologique de ces femmes. La perception du suivi gynécologique est variable en fonction des praticiens. Il comprend l'information, la coordination, l'orientation pour certains et la réalisation d'actes techniques pour d'autres. De nombreux freins interfèrent dans le suivi par le médecin généraliste. Certains proviennent des médecins eux mêmes, de « l'âge physiologique » des patientes ou de leurs conditions de travail. D'autres sont dus à un manque d'informations ou à des représentations erronées des femmes dans ce domaine.

Conclusion : Le médecin généraliste est un acteur majeur en santé publique et le premier interlocuteur des patientes. Renforcer l'information auprès de ces femmes et des professionnels de santé est indispensable pour améliorer le dépistage des cancers gynécologiques chez les femmes de plus de 65 ans.

Mots Clés : Examen gynécologique, Femmes, Dépistage, Cancers, Médecine générale, Personne âgée.