



HAL
open science

Le dépistage du cancer du col de l'utérus en médecine générale : stratégie actuelle et motivations. Une enquête auprès des médecins généralistes de l'Eure

Aurore Couturier

► To cite this version:

Aurore Couturier. Le dépistage du cancer du col de l'utérus en médecine générale : stratégie actuelle et motivations. Une enquête auprès des médecins généralistes de l'Eure. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01701726

HAL Id: dumas-01701726

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01701726>

Submitted on 6 Feb 2018

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 MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2018

N°

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

D.E.S. de Médecine Générale

Par

COUTURIER Aurore

Née le 7 mai 1988 à Pont-Audemer (27)

Présentée et soutenue publiquement le 25 janvier 2018

**Le dépistage du cancer du col de l'utérus en
médecine générale : stratégie actuelle et motivations**

Une enquête auprès des médecins généralistes de l'Eure

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL

Directrice de thèse : Madame le Docteur Laure LEFEBVRE

Membres du jury : Madame le Docteur Marianne LAINE

Monsieur le Docteur Pascal BOULET

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoît VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE (<i>détachement</i>)	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW (<i>surnombre</i>)	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale

Mr Stéfán DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
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	Hépto-gastro-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 Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
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
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
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 Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
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 Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>sumombre</i>)	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
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
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	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>sumombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>sumombre</i>)	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
Mme Marie-Laure WELTER	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	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	HCN	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
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
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 (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
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 Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
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 Anaïs SOARES	Bactériologie
-------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Anne-Sophie CHAMPY	Pharmacognosie
M. Jonathan HEDOUIN	Chimie Organique
Mme Barbara LAMY-PELLETER	Pharmacie Galénique

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
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PH-PH) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-PH) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Marianne **LAINÉ** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** 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)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
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 seront 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 l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury de thèse. Veuillez recevoir le témoignage de tout mon respect et de ma gratitude pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

A Monsieur le Docteur Pascal Boulet,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Marianne Lainé,

Vous me faites l'honneur d'être membre de mon jury de thèse. Merci pour votre accompagnement et votre soutien durant mon internat lors de nos enseignements dirigés et en stage au Belvédère.

A Madame le Docteur Laure Lefebvre,

Pour avoir accepté de diriger ce travail de thèse et m'avoir orienté vers ce sujet, un grand merci pour vos précieux conseils et votre disponibilité.

A tous les médecins généralistes de l'Eure qui ont répondu au questionnaire,

Merci pour le temps et l'intérêt que vous avez accordé à cette étude.

A mes maitres de stage,

Merci de m'avoir transmis votre savoir et votre passion pour la médecine générale. Je vous en serai toujours reconnaissante.

Aux médecins hospitaliers et aux équipes paramédicales avec qui j'ai eu le plaisir de travailler lors de mes stages,

Merci d'avoir contribué à ma formation.

A Olivier,

Pour ta présence à mes côtés qui me comble de bonheur, pour ton soutien et ton aide dans l'élaboration de cette thèse.

A mes parents,

Pour le soutien que vous m'avez apporté tout au long de mes études. Si j'en suis arrivée là aujourd'hui, c'est en grande partie grâce à vous. Merci pour tout.

A ma famille et à mes amis,

Pour votre soutien et pour tous les bons moments passés avec vous.

A mes copines de fac,

Merci d'avoir toujours été là pour moi durant ces 8 dernières années, à tous nos merveilleux souvenirs passés et à ceux à venir.

A mes co-internes,

Pour m'avoir permis de travailler dans la joie et la bonne humeur.



SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

Table des matières

Liste des abréviations	17
Listes des tableaux et figures.....	18
Introduction.....	19
Matériels et méthode	22
1. Choix du type d'étude.....	22
2. Population étudiée.....	22
2.1. Critères d'inclusion	22
2.2. Critères d'exclusion	22
3. Elaboration du questionnaire.....	22
4. Diffusion du questionnaire.....	23
5. Analyse statistique des données.....	23
Résultats	24
1. Taux de participation	24
2. Caractéristiques sociodémographiques des médecins interrogés.....	24
2.1. Sexe	24
2.2. Age.....	25
2.3. Durée d'installation	25
2.4. Caractéristiques d'exercice	26
2.6. Formation en gynécologie	27
3. Organisation du dépistage et pratique des FCU.....	28
3.1. Vérification de la présence d'un frottis récent chez les patientes :.....	28
3.2. Réception des résultats de FCU réalisés par un autre intervenant :.....	28
3.3. Mise à jour du dossier patient :.....	28
3.4. Système de rappel pour le FCU :	29
3.5. Présence de supports d'information destinés aux patientes au cabinet :	29
3.6. Indicateur ROSP du dépistage du cancer du col de l'utérus pour 2016 :	29
3.7. Frottis oui ou non ?	30

4. Groupe Frottis « oui » :.....	31
4.1. Caractéristiques sociodémographiques et formation :.....	31
4.2. Organisation du dépistage au cabinet :.....	31
4.3. Nombre moyen de frottis réalisés par mois :.....	32
4.4. Acteurs à l'initiative de la réalisation du frottis :	33
4.5. Réalisation ou non d'une consultation dédiée au frottis :	33
4.6. Facteurs favorisant la réalisation de frottis par le médecin généraliste :.....	33
4.7. Facteurs incitatifs à l'augmentation de la pratique de frottis en médecine générale :	34
5. Groupe Frottis « non » :	35
5.1. Caractéristiques sociodémographiques et formation :.....	35
5.2. Organisation du dépistage au cabinet :.....	36
5.3. Information des patientes sur le dépistage du cancer du col de l'utérus.....	36
5.4. Orientation des patientes vers un autre intervenant :	37
5.5. Freins à la pratique des frottis :	37
5.6. Facteurs incitatifs à la pratique des frottis :.....	38
6. Synthèse des commentaires libres :	38
7. Comparaison de variables :.....	39
7.1. Influence du genre du médecin :	39
7.2. Influence de l'âge :.....	39
7.3. Influence du lieu d'exercice du médecin :	39
7.4. Influence du mode d'exercice du médecin :.....	39
7.5. Influence du statut de MSU :	39
Discussion	40
1. Biais méthodologiques et limites de l'étude	40
1.1. Les limites :	40
1.2. Les biais :	41
2. Comparaison des résultats avec la littérature :.....	42
2.1. Le médecin généraliste et la réalisation des frottis :	42

2.2. Un taux de couverture du dépistage du cancer du col utérin insuffisant :.....	43
2.3. Des frottis plus souvent réalisés par les généralistes femmes :.....	46
2.4. Le rôle de coordinateur du médecin généraliste et l'orientation vers un autre effecteur	46
2.5. Le rôle majeur du généraliste dans l'initiation du dépistage :.....	47
2.6. Des frottis majoritairement effectués en médecine générale lors d'une consultation de gynécologie :.....	48
2.7. L'importance de la tenue du dossier médical dans le dépistage :.....	48
2.8. Le problème de transmission des résultats :.....	49
2.9. La nécessité d'informer les patientes :.....	51
2.10. Les motivations à la pratique des frottis de dépistage :.....	52
3. Synthèse et perspectives d'amélioration :	53
Conclusion	56
Bibliographie	57
Annexes	64
Résumé	72

Liste des abréviations

ALAUME : Association des médecins Libéraux pour l'Aide aux Urgences Médicales de l'Eure

CAVIMAC : Caisse d'Assurance Vieillesse, Invalidité et Maladie des Cultes

CNMSS : Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CRPCEN : Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de Notaires

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DRSM : Direction Régionale du Service Médical de l'Assurance Maladie

EGB : Echantillon Généraliste des Bénéficiaires

FCU : Frottis cervico-utérin

FMC : Formation Médicale Continue

Hab. : Habitant

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Human Papillomavirus

IARC : International Agency for Research on Cancer

INCa : Institut National du Cancer

InVS : Institut de Veille Sanitaire

MSA : Mutualité Sociale Agricole

MSU : Maître de Stage Universitaire

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

RSI : Régime Social des Indépendants

SLM : Section Locale Mutualiste

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

Listes des tableaux et figures

Listes des figures :

- Figure 1 : Répartition des médecins généralistes en fonction du sexe
- Figure 2 : Répartition des médecins en fonction de l'âge
- Figure 3 : Répartition des médecins en fonction de la durée d'installation
- Figure 4 : Répartition en fonction de la distance avec le gynécologue le plus proche
- Figure 5 : Formation à la réalisation de frottis cervico-utérins
- Figure 6 : Vérification de la présence d'un frottis récent par le médecin généraliste
- Figure 7 : Fréquence de la réception des résultats de FCV réalisés par un autre intervenant
- Figure 8 : Systèmes de rappel utilisés par les médecins généralistes pour les FCU
- Figure 9 : Diagramme en boîte du résultat de l'indicateur ROSP 2016 pour le dépistage du cancer du col de l'utérus
- Figure 10 : Réalisation de FCU par les médecins généralistes.
- Figure 11 : Diagramme en boîte du nombre de FCU réalisés par mois.
- Figure 12 : Les acteurs à l'initiative du frottis cervico utérin
- Figure 13 : Les facteurs favorisant la réalisation de FCU dans le groupe frottis « oui »
- Figure 14 : Les facteurs incitatifs à une augmentation de la pratique des FCU dans le groupe frottis « oui »
- Figure 15 : Orientation des patientes pour la réalisation des FCU dans le groupe frottis « non »
- Figure 16 : Les freins à la pratique des frottis cervico-utérins dans le groupe frottis « non »
- Figure 17 : Les éléments incitatifs à la pratique de frottis dans le groupe frottis « non »

Liste des tableaux :

- Tableau 1 : Caractéristiques d'exercice des médecins généralistes
- Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques et formation du groupe « frottis oui »
- Tableau 3 : Organisation du dépistage au cabinet par le groupe « frottis oui »
- Tableau 4 : Caractéristiques sociodémographiques et formation du groupe « frottis non »
- Tableau 5 : Organisation du dépistage au cabinet par le groupe frottis « non »

Introduction

En France, le cancer du col de l'utérus est responsable de 1100 décès. Nous comptons 3000 nouveaux cas par an. Il représente la 11^e cause de cancer et la 12^e cause de mortalité par cancer chez la femme.(1)

L'incidence et le taux de mortalité du cancer du col de l'utérus ont fortement diminué depuis 1980 (-2,5 % par an en moyenne pour l'incidence et -3,2% par an pour la mortalité) mais cette décroissance ralentit depuis les années 2000. (1)

L'infection par un ou plusieurs virus de la famille des papillomavirus humains oncogènes (HPV) est la première cause de cancer du col de l'utérus.(2)

Cette infection sexuellement transmissible est le plus souvent asymptomatique et disparaît spontanément mais, lorsqu'elle persiste, elle peut aboutir à la formation de lésions précancéreuses qui peuvent évoluer vers un cancer invasif du col de l'utérus en 15 à 20 ans. (3)

Actuellement, la prévention du cancer du col de l'utérus repose sur la vaccination, qui protège contre l'infection par les génotypes HPV 16 et 18 (prévention primaire), et sur le dépistage par frottis cervico-utérin qui permet de détecter en l'absence de symptômes des lésions précancéreuses et des cancers à un stade précoce, afin de les traiter avant transformation en cancer invasif (prévention secondaire). (3)

En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande de réaliser un frottis cervico-utérin (FCU) tous les 3 ans chez les femmes asymptomatiques de 25 à 65 ans, après 2 frottis normaux à 1 an d'intervalle.(4)

Ce dépistage est majoritairement « individuel », c'est-à-dire réalisé à l'initiative du médecin ou de la patiente, sauf dans les 13 départements où des programmes de dépistage organisé ont été mis en place entre 2010 et 2012.

Le taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus est défini par le pourcentage de femmes âgées de 25 à 65 ans ayant eu au moins un frottis sur une période de trois ans.

En France, ce taux de couverture n'atteint pas l'objectif cible de 80% fixé par la loi de Santé Publique du 9 août 2004.(5) Il a diminué de 53,5 % à 50,8% entre 2007 et 2014 selon les données de l'Echantillon Généraliste des Bénéficiaires (EGB).(6) Parallèlement, dans les 13 départements pilotes du dépistage organisé entre 2010 et 2014, le taux de couverture du dépistage a augmenté de 12 points pour atteindre 62%.(7)

Il existe de grandes inégalités de recours au dépistage du cancer du col de l'utérus. Certaines femmes ne participent pas ou peu au dépistage, d'autres sont dépistées trop fréquemment. Les femmes non participantes sont âgées de plus de 50 ans, ont un moindre recours au système de santé, sont en ALD, en invalidité ou issues d'une catégorie socioéconomique défavorisée. (8)

Le Plan Cancer 2014-2019 a entre autre pour objectif de lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage du cancer du col de l'utérus en généralisant le dépistage organisé à l'échelle nationale. (9) Il s'appuiera sur un renforcement du rôle du médecin traitant dans le dépistage, de son initiation jusqu'à sa réalisation et son suivi et sur un ajustement des objectifs de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP). L'objectif cible pour les médecins traitants fixé en 2011 dans le cadre de la ROSP est un taux de couverture de 80%, et de 62% pour l'objectif intermédiaire. Ces objectifs ne sont pas atteints, le résultat global pour l'année 2016 est un taux de couverture de 55,9 % soit - 2,8 points de pourcentage par rapport à 2011. (10)

Le taux de couverture du dépistage du cancer du col utérin estimé par l'indicateur de la ROSP dans l'Eure suit la même tendance de décroissance qu'à l'échelle nationale : il a chuté à 53% entre 2011 et 2016, soit - 6 points de pourcentage par rapport à 2011. (Annexe 1) Nous avons constaté qu'en 2013 l'Eure avait un taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus supérieur à celui de la Seine Maritime, 65% contre 63% d'après les données de l'EGB (11) alors que la densité médicale est plus forte en Seine Maritime. En effet, l'Eure fait partie des départements les plus déficitaires en médecins. Les gynécologues médicaux ont une densité de 1,62/100 000 femmes de plus de 15 ans en 2015 (contre 4,93/100 000 en Seine Maritime et 11,75/100 000 en France). Cette densité a chuté depuis 2012, elle est passée de 5,75/ 100 000 à 1,62/ 100 000 femmes. (12)

La densité de médecins généralistes y est également en baisse, elle est passée de 67,2/100 000 hab. à 63,3/100 000 hab. entre 2010 et 2017 (contre 72,4/ 100 000 hab. en Seine Maritime et 73,3/ 100 000 hab. en France). (13)

Les sages-femmes libérales suivent cette décroissance, leur densité a chuté de 5,37/ 100 000 femmes à 3,64/ 100 000 femmes entre 2011 et 2015 (contre 4,26/100 000 femmes en Seine Maritime et 13,52/ 100 000 femmes en France).(12)

Question de recherche :

De ce constat est né notre sujet, nous nous sommes interrogés sur la stratégie actuelle des médecins généralistes de l'Eure dans le dépistage du cancer du col utérin et leurs motivations afin de déterminer si leur implication dans le dépistage est responsable de son maintien malgré la pénurie d'effecteurs de FCU.

Avant de débiter notre recueil de données, nous avons fait une demande écrite auprès de la Direction Régionale du Service Médical de l'Assurance Maladie de Normandie (DRSM) afin d'obtenir les taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus estimés par les résultats de la ROSP pour l'ensemble des généralistes de l'Eure et de la Seine Maritime de 2013 à 2016. Nous n'avons pu récupérer ces données qu'après la fin de l'enquête. En effet, après 2 relances et 3 mois d'attente nous avons obtenu une réponse de la DRSM Normandie qui confirmait le traitement de notre demande. Un mois plus tard, nous avons reçu une convention à signer pour la transmission des données. Suite à la signature de cet accord, nous avons pu enfin obtenir les résultats, 4 mois après notre demande initiale.

A la réception de ces résultats, nous avons pu constater que le taux de couverture de l'Eure avait chuté en dessous de celui de la Seine Maritime à partir de 2015. Ces données n'ont pas changé l'orientation de notre sujet mais ont apporté de nouvelles interrogations au sujet des facteurs pouvant expliquer cette fluctuation.

Matériels et méthode

1. Choix du type d'étude

Pour répondre à notre objectif, nous avons choisi de réaliser une étude quantitative observationnelle, descriptive et transversale réalisée à partir d'un questionnaire.

2. Population étudiée

2.1. Critères d'inclusion

La population cible de cette étude correspondait à l'ensemble des médecins généralistes libéraux du département de l'Eure, soit 388 médecins inscrits sur le tableau du Conseil de l'Ordre des Médecins (CNOM) et exerçant en secteur libéral en 2017. D'après les données du CNOM, les médecins généralistes de l'Eure sont 62% d'hommes et 38% de femmes et ont en moyenne 54 ans, ils sont 50,2% à exercer en cabinet de groupe et 49,8% ont un mode d'exercice individuel. (14) D'après l'Agence Régionale de Santé Normandie, les médecins généralistes de l'Eure sont 82% à exercer en zone urbaine et 18% à exercer en zone rurale.

2.2. Critères d'exclusion

Les médecins à exercice particulier (angiologie, homéopathie, allergologie, acupuncture) et les médecins remplaçants étaient exclus de l'étude.

3. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré suite à une recherche bibliographique sur le sujet du dépistage du cancer du col de l'utérus en médecine générale. Cette recherche a été effectuée à partir des thèses de médecine recensées par le catalogue SUDOC (Système Universitaire de DOCUMENTATION) et par la BIUM (Bibliothèque Inter-Universitaire de Médecine).

Nous avons également consulté la base de données PubMed en utilisant les mots clés « cervical cancer screening », « pap smear », « general medicine », « general practitioners », « primary care physicians » et celle de la BDSP (Banque de Données en Santé Publique).

Le questionnaire est divisé en 3 parties et comporte 25 questions. (Annexe 3)

- La première partie du questionnaire s'intéresse au profil socio démographique, à la formation et aux comportements du médecin généraliste quel que soit sa pratique des FCU. Cette partie se clôture par la question : « Réalisez-vous des frottis cervico utérins ? » qui permet d'orienter le répondant dans la seconde partie le concernant.
- La deuxième partie concerne les médecins généralistes qui pratiquent des frottis. Elle s'intéresse à la fréquence et au contexte de réalisation des frottis et aux motivations des médecins à la réalisation du dépistage du cancer du col utérin.

- La troisième partie du questionnaire s'adresse aux médecins généralistes qui ne réalisent pas de frottis. Elle explore l'orientation vers un autre acteur de santé, les freins au dépistage (liés au médecin ou à la patiente) et les facteurs qui pourraient être incitatifs à la réalisation de FCU.

A la fin du questionnaire, un espace était réservé aux répondants pour leur permettre de laisser des commentaires libres.

Le questionnaire a été construit via le logiciel de création d'enquête en ligne Google Forms. Des passerelles ont été créées pour permettre au répondant d'accéder directement à la section le concernant (« vous réalisez des frottis » ou « vous ne réalisez pas de frottis ») et ainsi diminuer son temps de réponse.

L'anonymat des réponses a été assuré par l'absence d'enregistrement de l'adresse e-mail ou IP.

Le questionnaire a été testé auprès de six médecins généralistes de la Seine Maritime et du Calvados avant d'aboutir à sa version finale et d'être diffusé.

4. Diffusion du questionnaire

Nous avons utilisé le site de l'Association des médecins Libéraux pour l'Aide aux Urgences Médicales de l'Eure (ALAUME) et notre répertoire personnel qui nous ont permis de recueillir 243 adresses e-mail de médecins généralistes libéraux.

Le questionnaire a été transmis le 19 mai 2017 par e-mail sous la forme d'un lien hypertexte accompagné d'un message d'introduction. (Annexe 4)

Deux relances par courrier électronique ont été effectuées à 3 semaines et à 5 semaines. Nous avons clôturé le recueil des réponses 6 semaines plus tard, soit le 30 juin 2017.

5. Analyse statistique des données

Les données du questionnaire ont été directement importées par Google Forms vers un tableau Excel.

L'analyse statistique des données a été réalisée à partir d'Excel et à l'aide de l'outil en ligne BiostaTGV.

Les variables quantitatives ont été comparées via le test de Student.

Pour les variables qualitatives, quand l'effectif était supérieur à 5, le test du Chi² était utilisé, quand l'effectif était inférieur à 5 nous avons recours au test exact de Fisher.

Une valeur de p inférieure à 0,05 a été définie comme seuil de significativité statistique.

Résultats

1. Taux de participation

Sur les 243 questionnaires envoyés seulement 210 sont parvenus à leurs destinataires, 33 adresses e-mail étaient erronées ou inactives.

Nous avons reçu 75 réponses sur les 210 questionnaires envoyés soit un taux de participation de 35,7 %.

Le nombre de répondants correspondait à 19% de la population cible.

2. Caractéristiques sociodémographiques des médecins interrogés

2.1. Sexe

60 % des médecins ayant répondu au questionnaire étaient des hommes et 40% étaient des femmes. Le sex-ratio était de 1,5.

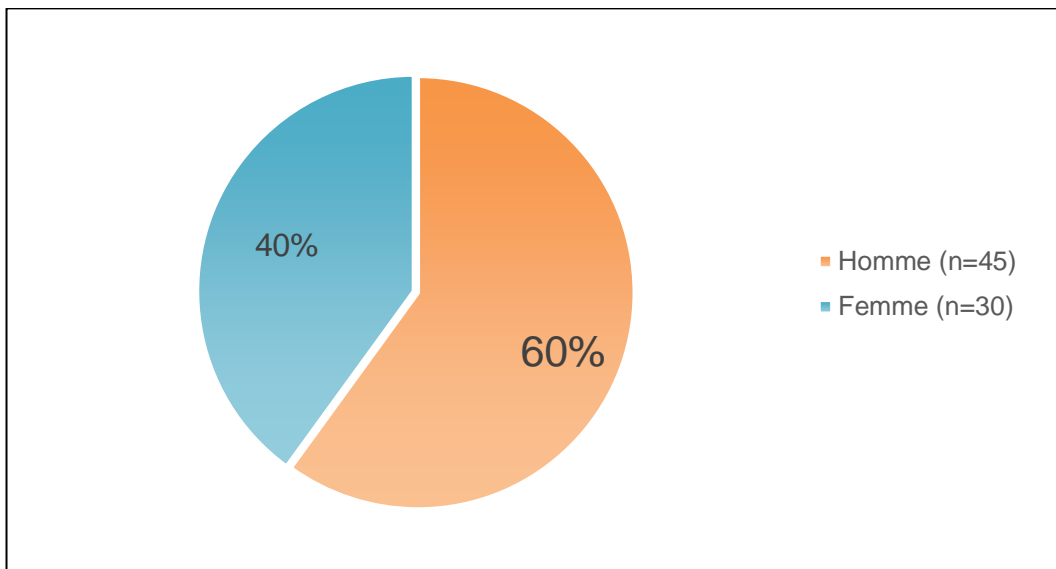


Figure 1 : Répartition des médecins en fonction du sexe

2.2. Age

L'âge moyen des médecins généralistes interrogés était de 48,6 ans avec un écart type de 11,5 ans. Le plus jeune médecin avait 27 ans et le plus âgé avait 68 ans.

Les hommes étaient plus âgés que les femmes avec un âge moyen de 52,4 ans contre 42,9 ans chez les femmes ($p < 0,01$). Parmi les médecins interrogés, 38% avaient moins de 45 ans, 27% entre 45 et 55 ans et 35% avaient plus de 55 ans.

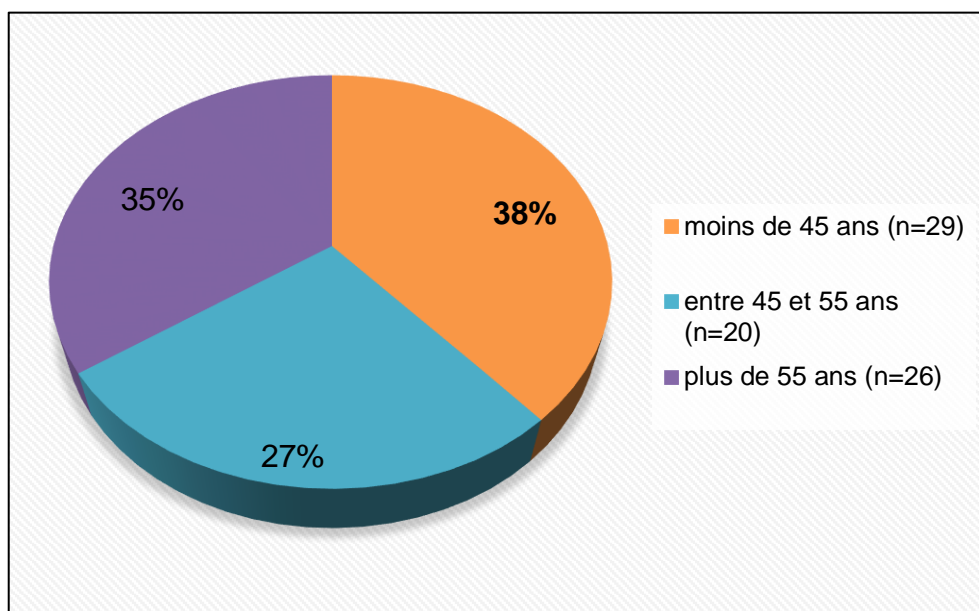


Figure 2 : Répartition des médecins en fonction de l'âge

2.3. Durée d'installation

34,7% des médecins généralistes interrogés étaient installés depuis moins de 10 ans ($n=26$), 24 % entre 10 et 20 ans ($n=18$) et 41,3 % depuis plus de 20 ans ($n=31$).

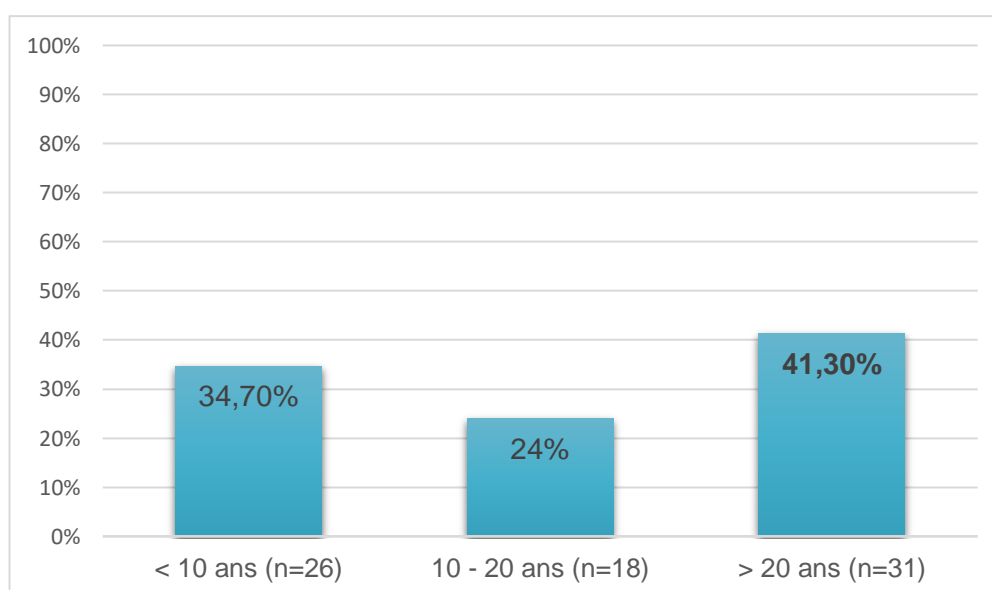


Figure 3 : Répartition des médecins en fonction de la durée d'installation

2.4. Caractéristiques d'exercice

L'activité en zone rurale était prédominante à 66,7% et l'exercice en cabinet de groupe était majoritaire à 74,7%.

Les Maîtres de Stage Universitaire (MSU) représentaient 41,3% des médecins interrogés.

Caractéristiques		N total = 75
Zone d'activité	Rurale	50 (66,7%)
	Urbaine	25 (33,3%)
Mode d'exercice	Seul	19 (25,3%)
	Cabinet de groupe	56 (74,7%)
Maitre de stage Universitaire	Oui	31 (41,3%)
	Non	44 (58,7%)

Tableau 1 : Caractéristiques d'exercice des médecins généralistes

2.5. Distance avec le gynécologue le plus proche

Le gynécologue le plus proche était situé entre 10 et 20 km du cabinet pour 56% des praticiens (n=42), à moins de 10 km pour 29,3% (n=22) et à plus de 20 km pour 14,7% (n=11) d'entre eux.

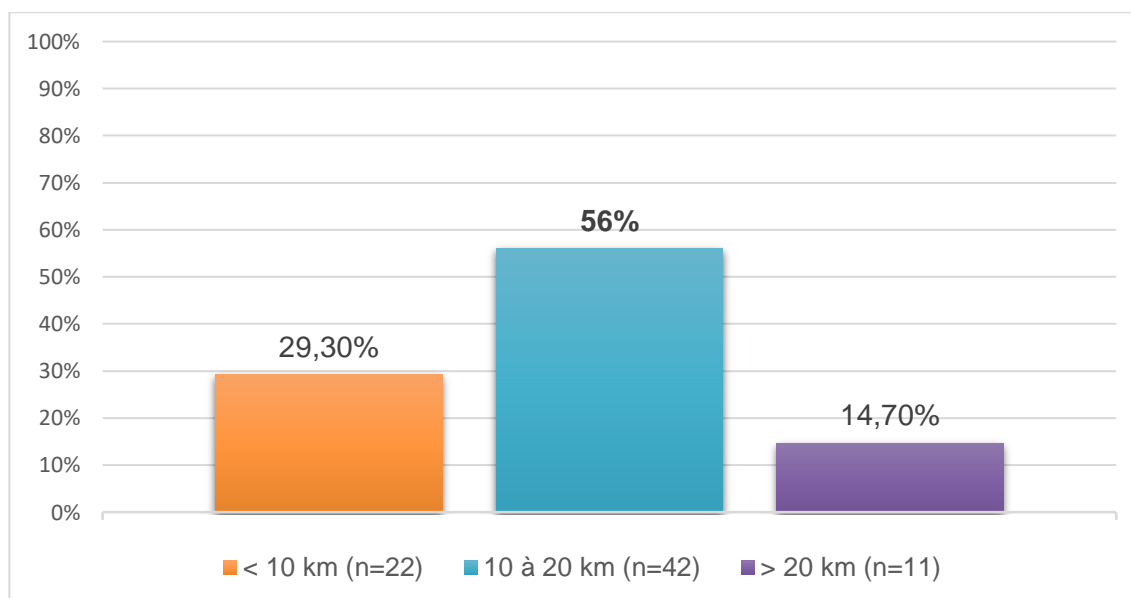


Figure 4 : Répartition en fonction de la distance avec le gynécologue le plus proche

2.6. Formation en gynécologie

Parmi les médecins interrogés, 13,3% (n=10) avaient le Diplôme Inter Universitaire (DIU) de gynécologie et 2,7% (n=2) étaient en cours de validation de ce diplôme.

En ce qui concerne la formation à la pratique du FCU, 96% des généralistes en avaient reçu une. 73,3% des médecins interrogés déclaraient l'avoir acquise au cours de leur formation universitaire (externat ou internat), 41,3 % (n=31) par auto apprentissage, 9,3% (n=7) lors de FMC, et 4% (n=3) n'ont reçu aucune formation à ce geste.

18,7% (n=14) des médecins ont répondu avoir été formés à la pratique des FCU à la fois au cours de leur cursus universitaire et par auto-apprentissage.

Parmi les formations autres, qui concernaient 5,3% des médecins (n=4) :

- Par un médecin généraliste à l'hôpital
- Par une sage-femme dans un centre d'IVG
- Dans le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG)
- Lors du service militaire en gynécologie obstétrique.

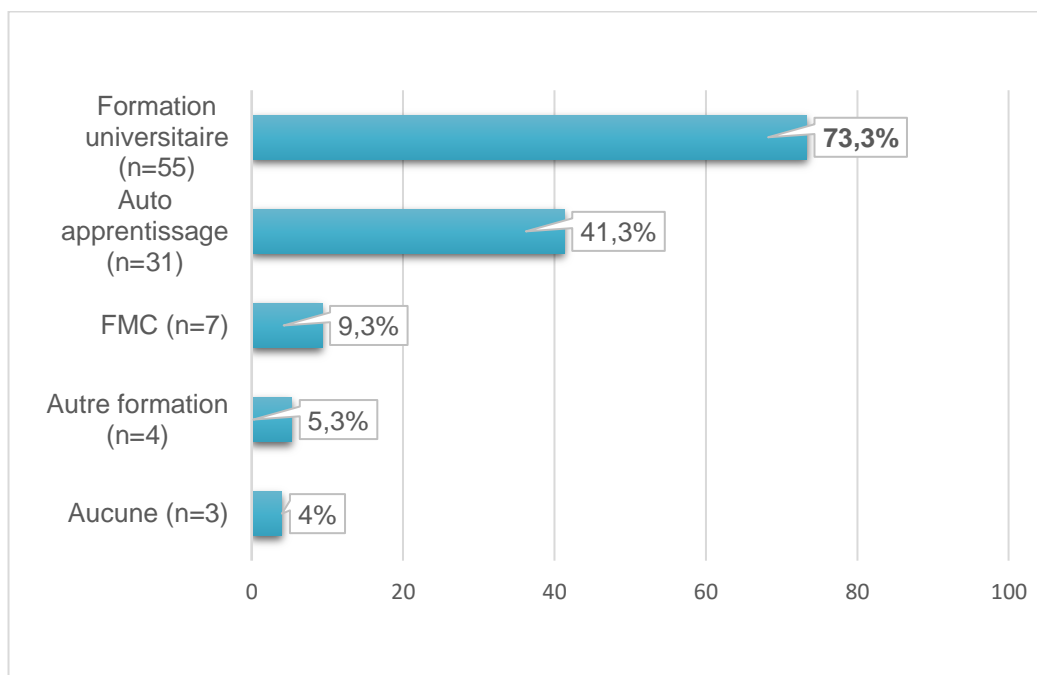


Figure 5 : Formation à la réalisation de frottis cervico-utérins

3. Organisation du dépistage et pratique des FCU

3.1. Vérification de la présence d'un frottis récent chez les patientes

En moyenne, les médecins contrôlaient la présence d'un frottis récent chez leurs patientes dans 3,8 cas sur 5. La médiane était de 4 cas sur 5.

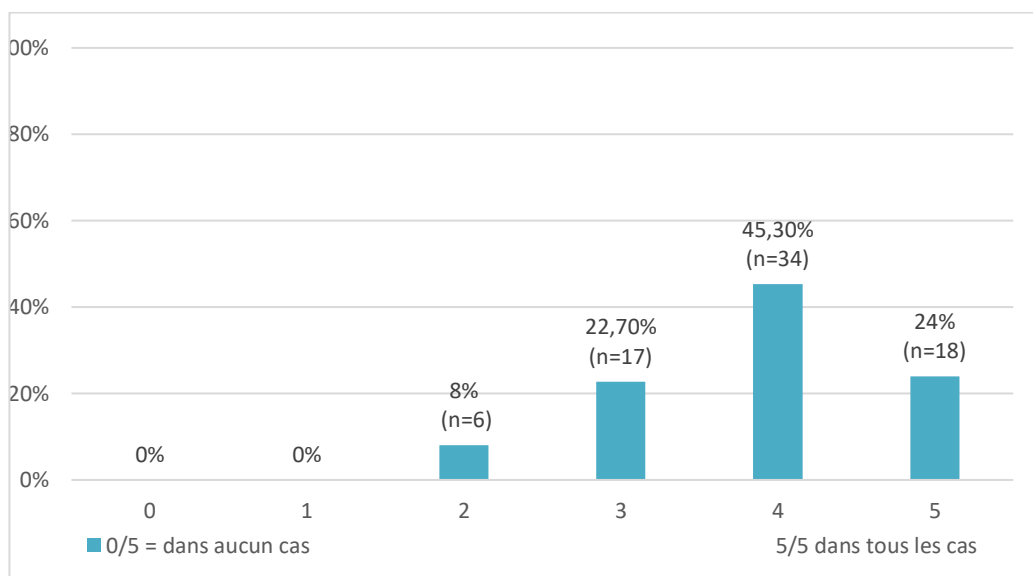


Figure 6 : Vérification de la présence d'un frottis récent par le médecin généraliste

3.2. Réception des résultats de FCU réalisés par un autre intervenant

Les médecins déclaraient recevoir les résultats des FCU réalisés par un autre intervenant dans 1,7 cas sur 5 en moyenne. La médiane se situait à 1 cas sur 5.

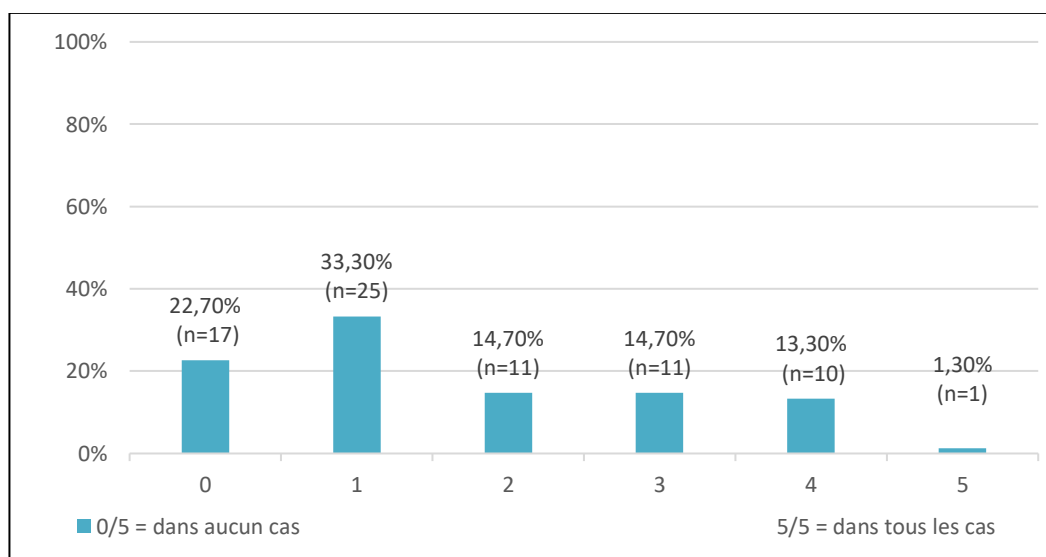


Figure 7 : Fréquence de la réception des résultats de FCU réalisés par un autre intervenant

3.3. Mise à jour du dossier patient

La majorité des médecins 94,7% (n=71) mettaient à jour le dossier patient lorsqu'ils recevaient un résultat de FCU réalisé par un autre intervenant.

3.4. Système de rappel pour le FCU

82% des médecins généralistes déclaraient utiliser un moyen de rappel pour la réalisation des FCU. Le moyen de rappel prédominant était la note dans le dossier patiente informatisé à hauteur de 65,3% (n=49).

Le rappel automatisé dans le logiciel médical était utilisé par 17,3% des médecins (n=14) et la note dans le dossier papier seulement par 5,3% (n=4) d'entre eux.

18,7% des praticiens (n=14) n'utilisaient aucun moyen de rappel.

Un médecin a cité le renouvellement de contraception comme autre moyen de rappel.

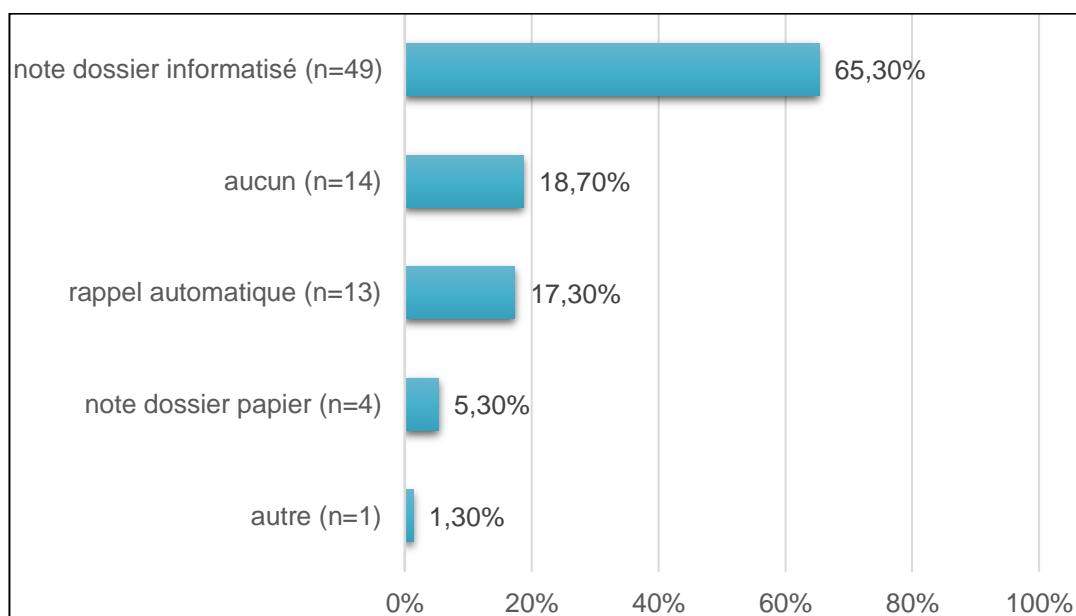


Figure 8 : Systèmes de rappel utilisés par les médecins généralistes pour les FCU

3.5. Présence de supports d'information destinés aux patientes au cabinet

Il y avait peu de différences entre les médecins qui disposaient de supports d'information au sujet du dépistage du cancer du col de l'utérus soit 48% (n=36) vs 52% (n=39) pour ceux qui n'en disposaient pas.

3.6. Indicateur ROSP du dépistage du cancer du col de l'utérus pour 2016

Cet indicateur correspond au pourcentage des patientes âgées de 25 à 65 ans ayant eu un frottis dans les 3 ans parmi les patientes ayant déclaré le médecin interrogé comme médecin traitant.

Le taux moyen de l'indicateur ROSP pour l'année 2016 était de 56,7% chez les médecins répondants avec un écart type de 13,2. La médiane était à 59,8%.

25% des médecins avait un taux supérieur à 65%.

L'objectif cible de l'Assurance Maladie $\geq 80\%$ était atteint par seulement 3,9% des répondants (n=2). L'objectif intermédiaire de 62% était atteint par 39,2% d'entre eux (n=20).

32 % (n=24) des médecins interrogés n'ont pas répondu à cette question et un médecin n'avait pas de résultat du fait d'une d'installation récente.

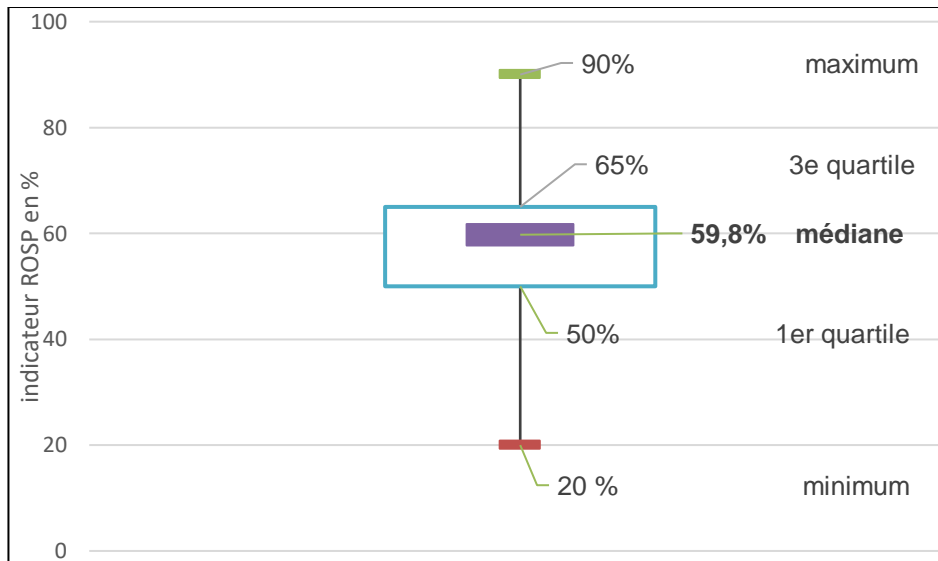


Figure 9 : Diagramme en boîte du résultat de l'indicateur ROSP pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en 2016.

3.7. Frottis oui ou non ?

La majorité des médecins interrogés soit 89,3% (n=67) réalisaient des FCU.

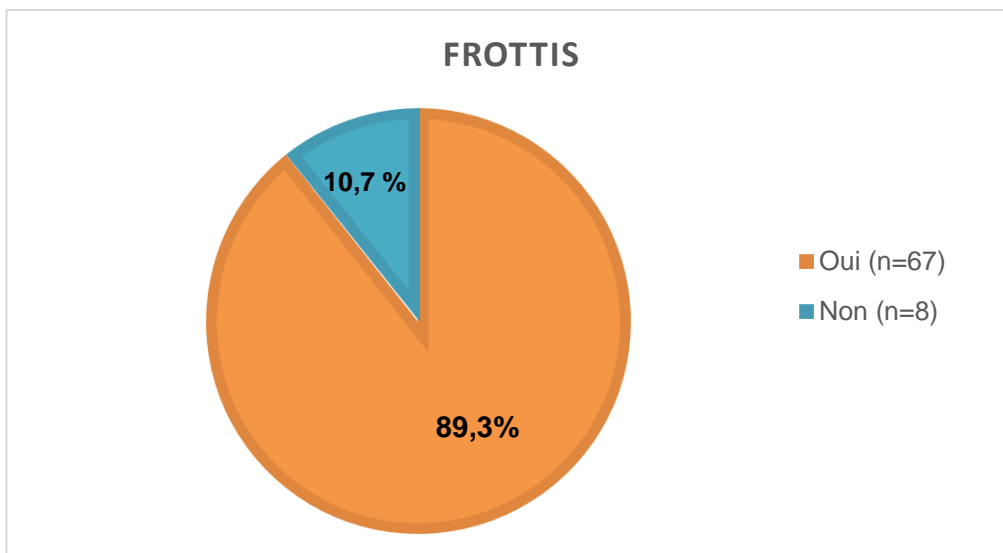


Figure 10 : Réalisation de FCU par les médecins généralistes.

4. Groupe Frottis « oui » :

4.1. Caractéristiques sociodémographiques et formation

Le groupe frottis « oui » était majoritairement masculin avec 55,2 % d'hommes (n=37). La moyenne d'âge était de 48,4 ans avec un écart type de 11,8 ans.

L'exercice de groupe était le plus représenté à 74,5% et l'activité était rurale à 62,7%.

Ils étaient 82,1% à ne pas avoir le DIU de gynécologie et 74,6% ont été formés à la pratique du FCU lors de leur formation universitaire.

	Effectif total (n=67)	
Sexe	Homme	55,2% (37)
	Femme	44,8% (30)
Age moyen	48,4 ans	
Durée d'installation	< 10 ans	34,3% (23)
	10 à 20 ans	25,4% (17)
	> 20 ans	40,3% (27)
Zone d'exercice	rurale	62,7% (42)
	urbaine	37,3 % (25)
Mode d'exercice	seul	25,4% (17)
	groupe	74,6% (50)
MSU	oui	46,3% (31)
	non	53,7% (36)
Distance/gynécologue	< 10 km	32,8% (22)
	10 à 20 km	53,7% (36)
	> 20 km	13,4% (9)
DIU gynécologie	oui	14,9% (10)
	non	82,1% (55)
	en cours	3% (2)
Formation au FCU	universitaire	74,6% (50)
	auto-apprentissage	44,8% (30)
	FMC	10,4% (7)
	aucune	1,5 (1)
	autre	6% (4)

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques et formation du groupe « frottis oui »

4.2. Organisation du dépistage au cabinet

Les médecins généralistes du groupe frottis « oui » vérifiaient systématiquement la présence d'un frottis récent dans 3,9 cas sur 5 en moyenne. Ils déclaraient recevoir les résultats de FCU réalisés par d'autres intervenants dans 1,5 cas sur 5 en moyenne.

Les dossiers médicaux étaient mis à jour après réception des résultats de FCU par 94% des médecins.

Le moyen de rappel le plus utilisé par 64,1% des médecins généralistes pratiquant des frottis était la note dans le dossier informatisé. 18% des médecins avaient recours à un rappel automatique, 6% utilisaient à la fois le rappel automatique et une note dans le dossier informatisé et 18 % d'entre eux n'avaient aucun moyen de rappel.

L'utilisation de supports d'information sur le dépistage du cancer du col de l'utérus était retrouvée chez 53,7% des médecins du groupe frottis « oui ».

Le taux de l'indicateur ROSP du dépistage du cancer du col de l'utérus pour l'année 2016 était de 57,9 % avec un écart type de 13,4. La médiane était de 60%. 32,8 % des médecins du groupe frottis « oui » n'ont pas répondu à cette question.

		Effectif total (n=67)
Vérification des FCU (moyenne sur 5 cas)		3,9
Réception des résultats si FCU par autre intervenant (moyenne sur 5 cas)		1,5
Mise à jour des dossiers après réception résultat FCU	oui	94% (63)
	non	6%(4)
Moyen de rappel au FCU utilisé	aucun	18% (12)
	automatique	18% (12)
	note dossier info	64,1% (43)
	note dossier papier	6% (4)
	autre	1,5%(1)
Utilisation de supports d'information	oui	46,3% (31)
	non	53,7% (36)
indicateur ROSP 2016 (moyenne en %)		57,9 (n=45)

Tableau 3 : Organisation du dépistage au cabinet par le groupe « frottis oui »

4.3. Nombre moyen de frottis réalisés par mois

En moyenne, les médecins généralistes réalisaient 4,8 frottis par mois avec un écart type de 4,5. La médiane était de 3 frottis par mois.

Le nombre minimum était de 0 et le maximum de 20 FCU par mois.

3% des médecins (n=2) n'ont pas répondu à cette question.

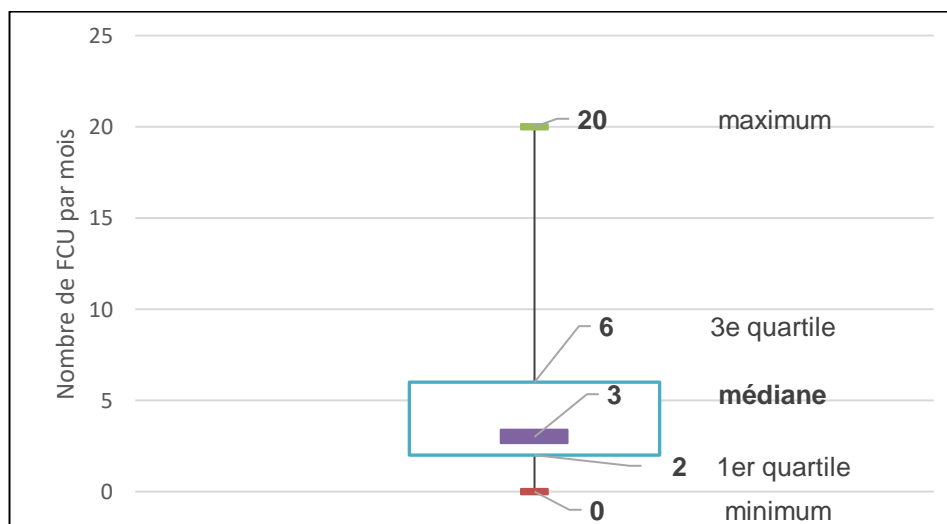


Figure 11 : Diagramme en boîte du nombre de FCU réalisés par mois.

4.4. Acteurs à l'initiative de la réalisation du frottis

56,7% (n=38) des médecins généralistes déclaraient être à l'initiative du frottis.

Cette initiative était partagée avec la patiente pour 41,8% (n=28) d'entre eux.

Un seul médecin a déclaré que l'initiative venait le plus souvent de la patiente.

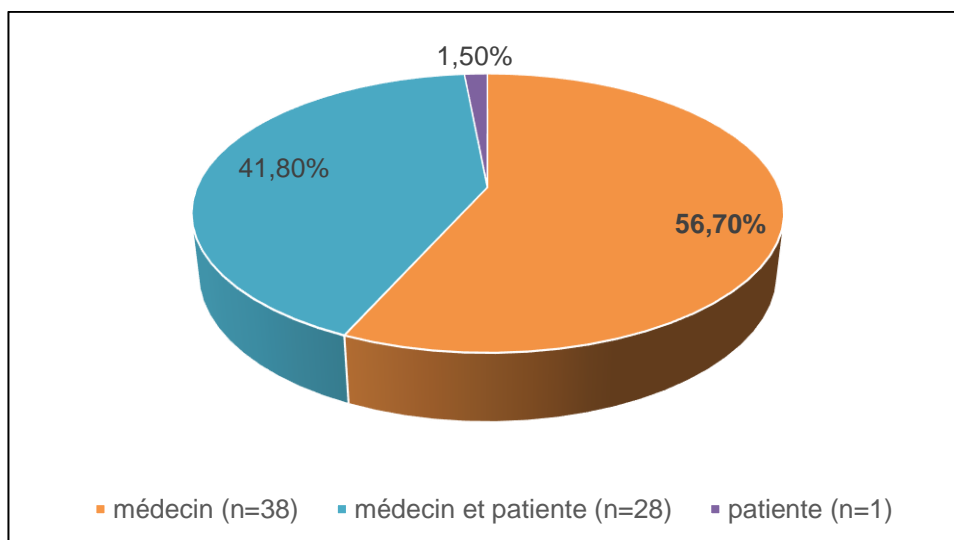


Figure 12 : Les acteurs à l'initiative du frottis cervico utérin

4.5. Réalisation ou non d'une consultation dédiée au frottis

53,7% (n=36) des médecins généralistes réalisaient les frottis lors d'une consultation dédiée à cet acte.

Les FCU étaient pratiqués à la fois lors de consultations dédiées et lors de consultations pour un autre motif non gynécologique pour 46,3 % des médecins répondants (n=31).

4.6. Facteurs favorisant la réalisation de frottis par le médecin généraliste

D'après les médecins généralistes interrogés les 3 premiers facteurs qui favoriseraient la réalisation des frottis en médecine générale étaient :

- La réalisation du suivi gynécologique par le médecin généraliste (82,1%)
- La relation de confiance établie entre patiente et médecin généraliste (68,7%)
- L'accessibilité et la proximité du médecin généraliste (68,7%)

Puis on retrouvait le fait d'être une femme médecin (67,2%), l'intérêt personnel pour la gynécologie (62,7%) et la disparition des gynécologues médicaux (53,7%).

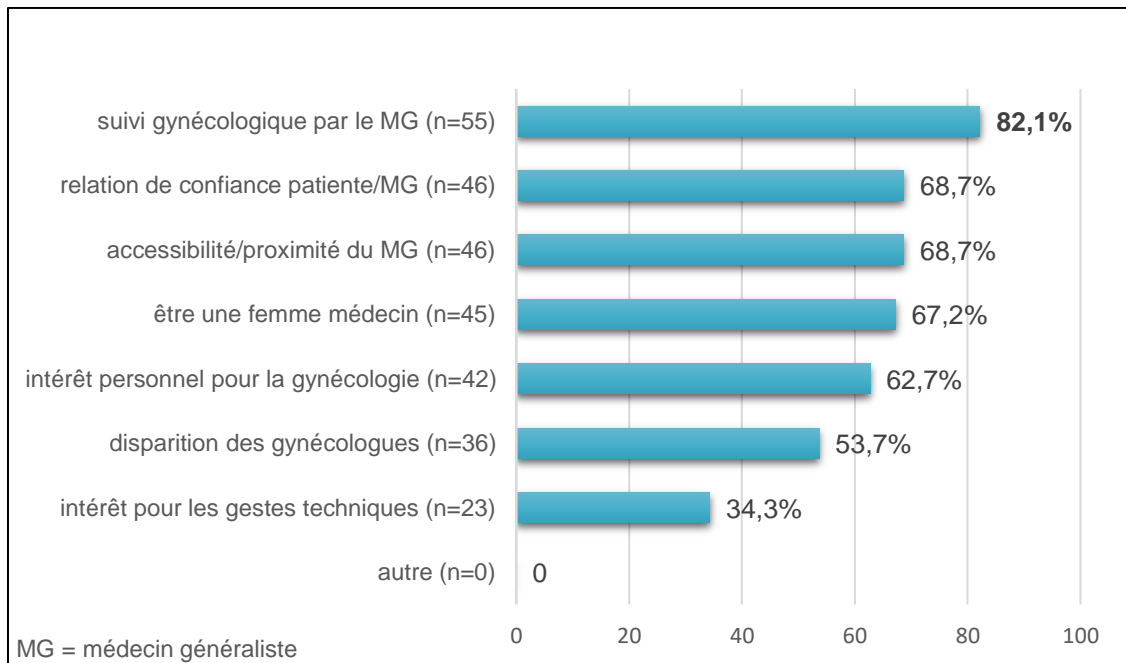


Figure 13 : Les facteurs favorisant la réalisation de FCU dans le groupe frottis « oui »

4.7. Facteurs incitatifs à l'augmentation de la pratique de frottis en médecine générale

Le premier facteur motivant les médecins généralistes à pratiquer davantage de frottis était la mise en place d'un dépistage organisé, il était choisi par 59,7 % des répondants. (n=40)

En deuxième position, on retrouvait l'augmentation de la demande en rapport avec la disparition des gynécologues médicaux, choisie par 56,7%. (n=38)

Puis en troisième position, la mise en place d'une consultation dédiée au dépistage, choisie par 40,3% des médecins. (n=27)

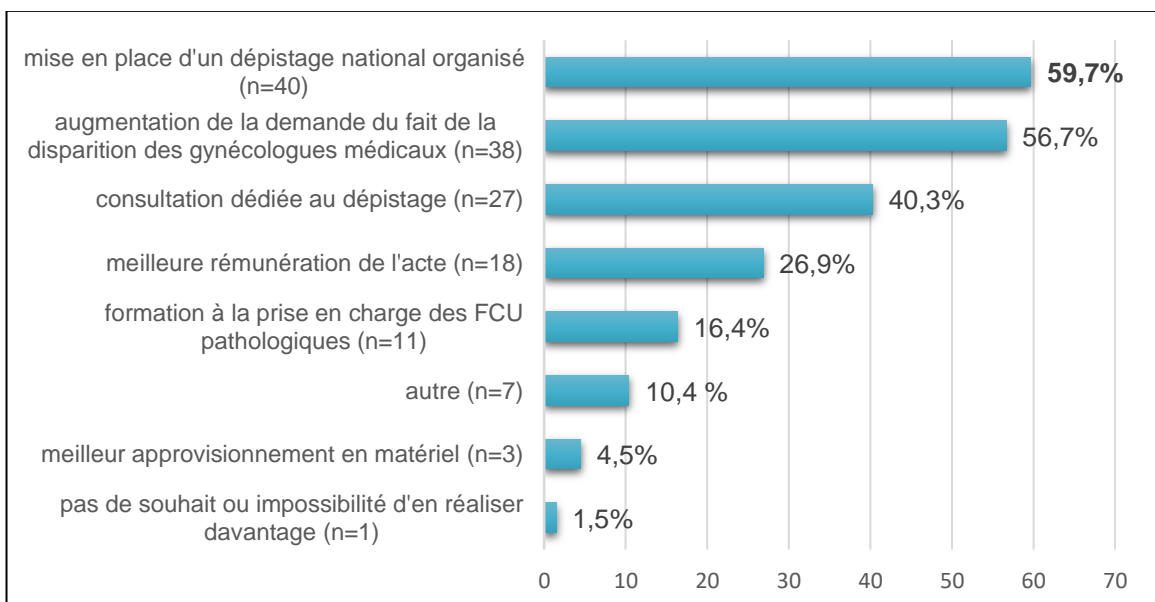


Figure 14 : Les facteurs incitatifs à une augmentation de la pratique des FCU dans le groupe frottis « oui »

Parmi les autres facteurs incitatifs cités par les médecins généralistes du groupe frottis « oui » on retrouvait :

- La disparition des sages-femmes en ville (n=1)
- Une meilleure information des patientes (n=2)
- Un travail des pouvoirs publics pour promouvoir la qualité du frottis fait par le médecin généraliste (n=1)
- L'acceptabilité par les patientes que le frottis soit fait non pas par un gynécologue mais par un médecin généraliste (n=2)

Un médecin indiquait faire de moins en moins de frottis devant une patientèle vieillissante.

5. Groupe Frottis « non » :

Nous avons présenté les résultats de ce groupe en valeur absolue étant donné le faible effectif de cette population (n=8).

5.1. Caractéristiques sociodémographiques et formation

Le groupe « frottis non » était constitué de 8 médecins hommes. L'âge moyen était de 50,3 ans avec un écart type de 10,8 ans. La moitié des médecins étaient installés depuis plus de 20 ans et tous exerçaient en zone rurale. 6 médecins sur 8 avaient une activité en cabinet de groupe.

Aucun médecin du groupe n'était maître de stage et n'avait le DIU de gynécologie. 2 médecins sur 8 n'avaient reçu aucune formation à la pratique du FCU, 5 d'entre eux avaient été formés au cours de leurs cursus universitaires et un médecin avait eu recours à l'autoapprentissage.

	Effectif total (n=8)	
Sexe	Homme	8
	Femme	0
Age moyen		50,3 ans
Durée d'installation	< 10 ans	3
	10 à 20 ans	1
	> 20 ans	4
Zone d'exercice	rurale	8
	urbaine	0
Mode d'exercice	seul	2
	groupe	6
MSU	oui	0
	non	8
Distance/gynécologue	< 10 km	0
	10 à 20 km	6
	> 20 km	2
DIU gynécologie	oui	0
	non	8
	en cours	0
Formation au FCU	universitaire	5
	auto-apprentissage	1
	FMC	0
	aucune	2
	autre	0

Tableau 4 : Caractéristiques sociodémographiques et formation du groupe « frottis non »

5.2. Organisation du dépistage au cabinet

Les médecins généralistes du groupe frottis « non » vérifiaient la présence d'un FCU récent dans 3,3 cas sur 5 et ils déclaraient recevoir les résultats de FCU réalisés par un autre intervenant dans 2,9 cas sur 5.

Ils mettaient tous à jour leur dossier après réception d'un résultat de frottis.

6 médecins sur 8 utilisaient la note dans le dossier informatisé comme moyen de rappel, 2 d'entre eux n'avaient aucun moyen de rappel.

Ils étaient 5 sur 8 à utiliser des supports d'information au dépistage du cancer du col de l'utérus.

Le taux moyen de l'indicateur ROSP 2016 du dépistage du cancer du col utérin était de 46,2% avec un écart type de 6,7. La médiane était de 45,1%. Seulement 5 médecins avaient répondu à cette question.

		Frottis non (n=8)
Vérification des FCU (moyenne sur 5 cas)		3,3
Réception des résultats si FCU par autre intervenant (moyenne sur 5 cas)		2,9
Mise à jour des dossiers après réception résultat FCU	oui	8
	non	0
Moyen de rappel au FCU utilisé	aucun	2
	automatique	1
	note dossier info	6
	note dossier papier	0
	autre	0
Utilisation de supports d'information	oui	5
	non	3
indicateur ROSP 2016 (moyenne en %)		46,2 % (n=5)

Tableau 5 : Organisation du dépistage au cabinet par le groupe frottis « non »

5.3. Information des patientes sur le dépistage du cancer du col de l'utérus

Tous les médecins (n=8) ont déclaré donner à leurs patientes une information sur l'intérêt, les modalités et les conséquences du frottis cervico utérin dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus.

5.4. Orientation des patientes vers un autre intervenant

Les 8 médecins ne pratiquant pas de frottis eux-mêmes orientaient tous leurs patientes vers un laboratoire.

Ils adressaient également les patientes à un gynécologue (n=7), à une sage-femme (n=6) ou à un confrère généraliste (n=2).

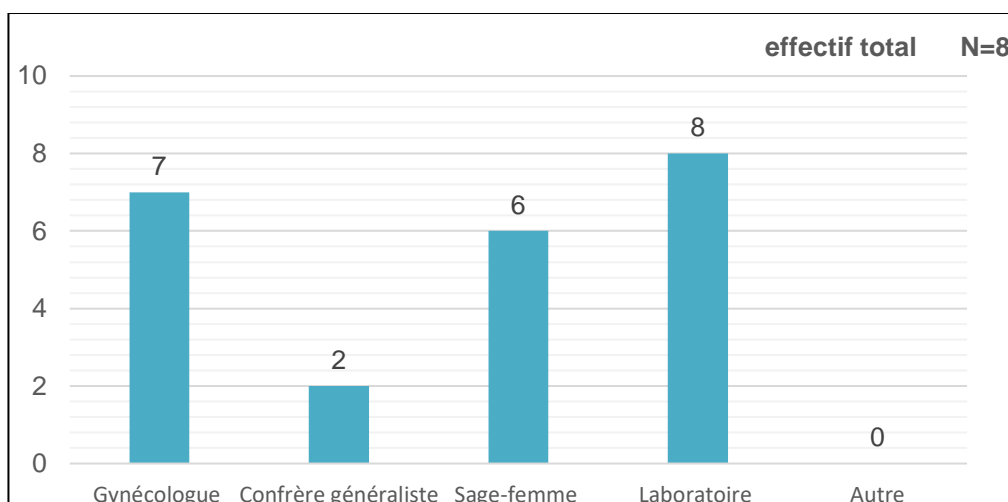


Figure 15 : Orientation des patientes pour la réalisation des FCU dans le groupe frottis « non »

5.5. Freins à la pratique des frottis

Les principaux obstacles à la pratique des FCU étaient le manque de formation et le manque d'intérêt personnel (n=4).

Puis on retrouvait parmi les causes les plus fréquentes, le manque de temps (n=3) et la réticence ou pudeur de la patiente (n=2).

Dans la partie « autre » un médecin évoquait l'absence de pratique de FCU pendant ses 7 années de remplacement.

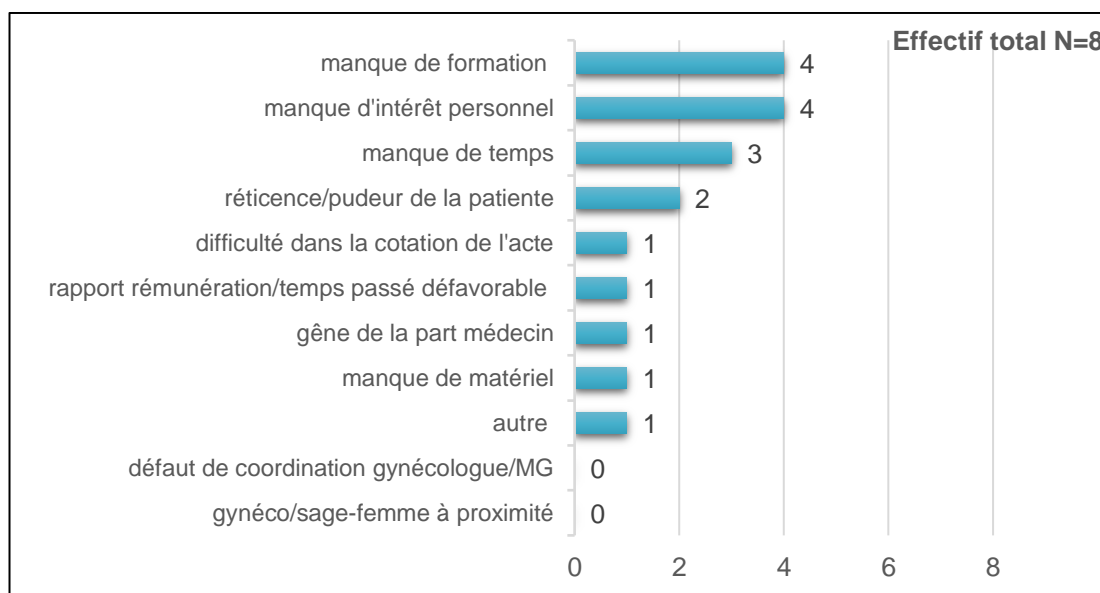


Figure 16 : Les freins à la pratique des frottis cervico-utérins dans le groupe frottis « non »

5.6. Facteurs incitatifs à la pratique des frottis

La formation pratique à la réalisation du FCU était le facteur incitatif le plus choisi par les médecins généralistes ne réalisant pas de frottis. (n=5)

Puis parmi les autres facteurs, on retrouvait la mise en place d'un dépistage organisé, la présence d'une consultation dédiée au dépistage et l'augmentation de la demande du fait de la disparition des gynécologues médicaux. (n=4)

Un médecin généraliste ne souhaitait pas pratiquer de frottis quoi qu'il arrive. Un autre médecin évoquait sa volonté de reprendre la pratique de FCU après plusieurs années de remplacement pendant lesquelles il n'a pas eu l'occasion de réaliser de FCU.

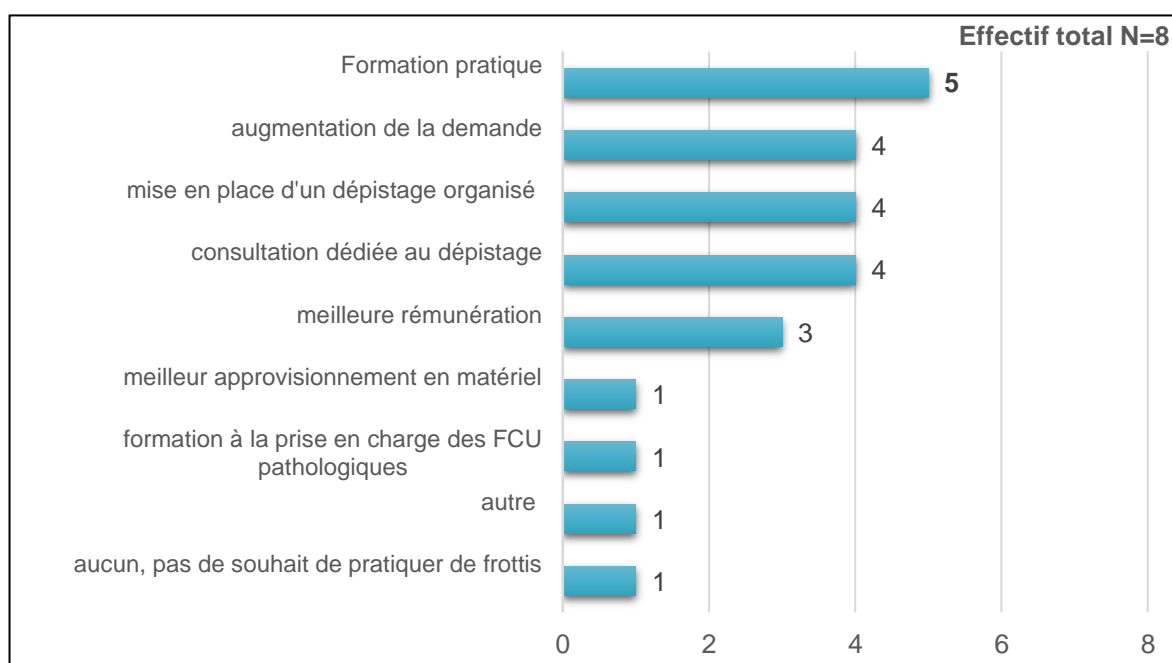


Figure 17 : Les éléments incitatifs à la pratique de frottis dans le groupe frottis « non »

6. Synthèse des commentaires libres :

A la fin du questionnaire les médecins généralistes étaient libres de laisser un commentaire au sujet de l'étude. Nous avons pu faire ressortir les points suivants :

- L'orientation vers les médecins généralistes femmes pour la réalisation des FCU dans les cabinets de groupe
- La présence de freins au dépistage liés aux patientes notamment le refus du FCU pour des raisons religieuses
- La présence de freins liés au médecin : être un homme semble un obstacle
- Le problème d'information auprès des femmes sur la compétence du médecin généraliste à réaliser les frottis
- La difficulté de dépister les patientes qui n'ont pas de suivi gynécologique
- Le problème de coordination du dépistage : les difficultés rencontrées pour récupérer les résultats des FCU effectués par un autre intervenant
- Le souhait d'une meilleure rémunération des actes de prévention
- Un problème de collaboration avec les sages-femmes et de partage de l'activité de dépistage

7. Comparaison de variables :

7.1. Influence du genre du médecin

Le fait d'être une femme médecin avait une influence significative sur la pratique des frottis au cabinet. Elles étaient 100% à pratiquer des frottis contre 82,2% des hommes ($p=0,02$). En revanche, le genre du praticien n'influa pas sur le nombre de frottis réalisés.

Les médecins femmes utilisaient plus souvent des supports d'information que les hommes, 66,7% vs 35,5% ($p<0,001$), et avaient plus souvent recours à un moyen de rappel dans les dossiers médicaux 93,3% vs 73,3% ($p=0,04$).

Le taux de ROSP déclaré par les médecins femmes était supérieur à celui des hommes 61,9% vs 52,7% ($p=0,01$).

Concernant les facteurs favorisant la pratique des frottis en médecine générale, le fait d'être une femme médecin et l'accessibilité/ proximité du médecin généraliste étaient les réponses les plus souvent choisies par les médecins femmes ($p<0,05$).

7.2. Influence de l'âge

L'âge du médecin n'influa ni sur la pratique des FCU, ni sur le nombre moyen de frottis réalisés par mois. Parmi les facteurs favorisant la pratique des frottis en médecine générale, l'intérêt pour les gestes techniques et pour la gynécologie étaient plus souvent choisis par les médecins de moins de 45 ans. ($p<0,05$)

7.3. Influence du lieu d'exercice du médecin

Le lieu d'exercice (rural ou urbain) n'influa pas sur la pratique des FCU par les médecins généralistes.

7.4. Influence du mode d'exercice du médecin

Sur la pratique des frottis, on ne retrouvait pas de différence significative entre les médecins exerçant seuls ou en cabinet de groupe.

Les médecins exerçant seuls utilisaient moins souvent un moyen de rappel que les médecins de cabinet de groupe (56% vs 89% avec $p<0,01$). L'utilisation d'une note dans le logiciel médical était plus souvent utilisée par les médecins de cabinet de groupe 75% vs 36,8% pour les médecins exerçant seuls. ($p<0,01$)

Les supports d'information étaient plus souvent utilisés par les médecins de cabinet de groupe que par les médecins exerçant seuls (55% vs 26% avec $p=0,04$).

Parmi les facteurs favorisant la pratique des FCU en médecine générale, l'accessibilité du médecin généraliste et le fait d'être une femme étaient plus souvent cités par les médecins exerçant en cabinet de groupe. ($p<0,05$)

7.5. Influence du statut de MSU :

Il y avait une relation statistique significative entre le fait d'être MSU et la pratique des frottis, 100% des maîtres de stage interrogés réalisaient des frottis eux-mêmes contre 82% des non MSU. ($p=0,02$) En revanche, il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes pour le nombre de frottis réalisés par mois.

29% des MSU utilisaient le rappel automatisé présent dans leur logiciel médical contre 9% des non MSU ($p=0,03$).

Discussion

1. Biais méthodologiques et limites de l'étude :

1.1. Les limites

a) Représentativité de notre population d'étude

Le taux participation à l'étude était de 35,7% soit un échantillon représentant seulement 19% de la population cible. Ce faible taux de réponse rend l'échantillon non représentatif de la population des médecins généralistes libéraux de l'Eure.

D'après les données du CNOM de 2017, (15) à l'échelle nationale les médecins généralistes sont 53% d'hommes et 47% de femmes, ce qui équivaut à un sex-ratio de 1,13. Dans le département de l'Eure on compte parmi les médecins généralistes 62,5% d'hommes et 37,5% de femmes soit un sex-ratio de 1,7. (15) Notre population d'étude comporte 60% de médecins hommes et 40% de femmes, soit un sex-ratio de 1,5.

L'âge moyen des médecins généralistes français est de 54 ans pour les hommes et de 49 ans pour les femmes (15). La moyenne d'âge des médecins généralistes hauts normands est de 53 ans pour les hommes et de 49 ans pour les femmes. (14) Dans notre étude, la moyenne d'âge est inférieure, avec un âge moyen de 52,4 ans pour les hommes et de 42,9 ans pour les femmes. Cette différence pourrait s'expliquer soit par le mode de diffusion du questionnaire via courrier électronique, en supposant que les médecins les plus âgés aient moins recours à internet et à une messagerie électronique, soit par un intérêt plus important des jeunes médecins pour le sujet d'étude. Dans notre étude, 25% des médecins généralistes ont un exercice individuel, ce taux est inférieur à celui retrouvé pour l'ensemble des généralistes du département de l'Eure (49,8%). (14)

La proportion des médecins généralistes exerçant en zone rurale dans notre échantillon est supérieure à celle transmise par l'Agence Régionale de Santé Normandie 66,7% contre 18%. Cette différence peut s'expliquer par une méconnaissance de la part des médecins généralistes de la distinction entre une commune rurale et une commune urbaine. D'après l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, une unité urbaine est une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2 000 habitants, et les communes rurales sont des communes sans zone de bâti continu de 2000 habitants, et celles dont moins de la moitié de la population municipale est dans une zone de bâti continu. (16)

La faible densité de gynécologues médicaux, de sages-femmes et de médecins généralistes dans le département de l'Eure rend difficile l'extrapolation des résultats à la population nationale des médecins généralistes. D'après les données du CNOM, la densité de gynécologues médicaux en 2017 est de 4,1/100 000 hab. en France contre 1,2/100 000 hab. dans l'Eure (13) où on compte seulement 3 gynécologues médicaux et 5 gynécologues médicaux-obstétriciens (12).

La densité des médecins généralistes est de 63,3/ 100 000 hab. dans l'Eure contre 73,3/100 000 hab. en France. (13) Les sages-femmes libérales sont seulement 3,64 pour 100 000 femmes dans l'Eure contre 13,52/100 000 femmes en France. (12)

Ainsi, les stratégies mises en œuvre par les médecins généralistes pour l'initiation et la coordination du dépistage du cancer du col de l'utérus sont susceptibles de différer d'une région à une autre en fonction de leur densité de gynécologues et de sages-femmes.

b) Sous puissance statistique

Le faible effectif des médecins généralistes ne pratiquant pas de frottis a engendré un problème de sous puissance statistique. Ainsi, un résultat significatif ne prouverait pas la présence d'un lien statistique.

1.2. Les biais

a) Les biais de sélection

Ces biais sont liés à la sélection des sujets à étudier, ils peuvent conduire à ce que les sujets observés ne constituent pas un échantillon représentatif de la population cible de l'étude.

- Biais de recrutement : lié au mode de diffusion du questionnaire par internet. Un accès à internet et une adresse de messagerie étaient nécessaires pour pouvoir répondre à ce questionnaire.
- Biais de volontariat : il existe une probable surestimation du nombre de médecins généralistes réalisant des frottis, les praticiens ayant répondu au questionnaire sont susceptibles d'être plus impliqués dans le suivi gynécologique et la pratique des FCU.
- Biais de non réponse : un nombre important de praticiens n'ont pas répondu à la question portant sur l'indicateur ROSP 2016 du dépistage du cancer du col utérin. Cette « non réponse » pouvait être liée à un problème d'accessibilité aux résultats de la ROSP 2016, les médecins devaient consulter leur espace Ameli pro en ligne ou avoir conservé la version papier de leurs résultats pour pouvoir répondre à cette question et certains médecins « nouveaux installés » n'avaient pas de données ROSP.

b) Les biais d'information

- Biais de prévarication : Les questions de cette étude s'intéressaient aux pratiques des médecins généralistes. Malgré l'anonymat des réponses, certaines déclarations ont pu être faussées par peur du jugement.
- Biais de mémorisation : Les questions sur des données rétrospectives comme celle concernant le nombre de frottis réalisés par mois ont pu conduire à une sur ou sous-estimation du nombre de FCU réellement effectués.

2. Comparaison des résultats avec la littérature :

2.1. Le médecin généraliste et la réalisation des frottis

Actuellement, les frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus peuvent être pratiqués par différents acteurs de santé : les gynécologues, les médecins généralistes, les sages-femmes et les médecins biologistes dans les laboratoires.

Dans notre étude, 89,3% des médecins généralistes interrogés pratiquaient des FCU. Ce chiffre est concordant avec celui d'une étude récente sur le suivi gynécologique par les médecins généralistes normands dirigée par l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Normandie (URML) début 2017 qui retrouve un taux de 88,3%. (17)

En revanche, d'autres enquêtes présentent une proportion de médecins généralistes réalisant les FCU moins importante : une enquête réalisée en Bretagne a démontré que 80% des médecins généralistes déclarent effectuer des FCU (18), et une autre, menée en Picardie, retrouve un taux de 65%. (19) Par ailleurs, d'après l'Institut National du Cancer (INCa) et l'Enquête Barométrique des médecins généralistes réalisée en 2010, les médecins généralistes sont 51% à réaliser les FCU eux-mêmes (20).

Il est à noter que la part exacte des médecins généralistes exerçant des frottis de dépistage semble difficile à estimer. Bien que notre étude et celle de l'URML Normandie soient concordantes, elles retrouvent une proportion de médecins généralistes réalisant des frottis supérieure à celle à l'échelle nationale.

Cette différence pourrait être en lien avec la rareté des gynécologues médicaux et la faible densité de sages-femmes dans l'Eure, ainsi les médecins généralistes seraient les principaux effecteurs de FCU dans ce département : ils se sont adaptés à cette pénurie de gynécologues et de sages-femmes.

En effet, la pratique des FCU par les médecins généralistes est plus ou moins importante en fonction de la densité des gynécologues et sages-femmes. Les gynécologues sont les principaux effecteurs des FCU en France : ils réalisent entre 70 % à 90% des FCU selon les régions (21), les 10% restant sont effectués par les médecins généralistes, les sages-femmes et les médecins biologistes dans les laboratoires. (22)

D'après l'HAS, il faudrait plus de 3 gynécologues pour 10 000 femmes de 25 à 65 ans pour assurer une couverture suffisante. (4) En France, ce seuil n'est pas atteint dans de nombreux départements, (17) les effectifs des gynécologues médicaux sont en constante diminution, leur nombre a diminué de – 31,3% en France et de – 57,1% dans l'Eure entre 2010 et 2017. (13)

Par ailleurs, pour pallier au déficit de gynécologues médicaux et de médecins généralistes, la loi HSPT du 21 juillet 2009 a autorisé les sages-femmes à effectuer les frottis cervico-utérins dont la pratique était jusqu'ici réservée aux médecins. (23) Cependant, si le nombre de sages-femmes libérales a augmenté depuis 2011, de 9,64/100 000 à 13,52/100 000 femmes de plus de 15 ans (12), leur répartition sur le territoire français est très inégale : les départements de l'Eure et la Seine Maritime font partis des départements les moins bien dotés en sages-femmes libérales (24) avec des densités de 3,67 et 4,26 pour 100 000 femmes de plus de 15 ans. (12)

D'autre part, même si les FCU peuvent être également réalisés dans un laboratoire d'analyses médicales, la réalisation de cet acte est limitée en pratique : pour que des FCU puissent être prélevés, le laboratoire doit être dirigé par un médecin biologiste, ce qui est le cas pour seulement 30% d'entre eux. (25)(26)

Une autre explication à la différence entre nos résultats et ceux des autres enquêtes serait la suivante : les médecins généralistes ayant répondu à l'enquête étaient les plus intéressés par la gynécologie et impliqués dans le suivi gynécologique de leurs patientes en pratiquant des FCU eux-mêmes. Pour pallier à ce biais, on aurait pu préciser dans le message accompagnant le questionnaire que les médecins généralistes ne réalisant pas de frottis étaient aussi concernés par cette étude. On peut se demander si ce biais de sélection est également présent dans l'étude de l'URML Normandie où les médecins généralistes sont 89,1 % à assurer une partie ou tout le suivi gynécologique de leurs patientes, avec un taux de participation à l'étude de seulement 16%. (17)

Au final, il est possible que la plus forte implication des médecins généralistes de l'Eure dans la réalisation de FCU, observée dans notre étude, soit la résultante de ces 2 éléments :

- Une pénurie d'effecteurs potentiels de FCU ayant poussé les médecins généralistes à réaliser cet acte eux-mêmes.
- Une participation plus importante dans notre étude des médecins généralistes ayant une forte appétence pour la gynécologie.

Il est intéressant de noter que ces 2 points sont peut être liés : il est probable que les médecins généralistes aient développé un intérêt pour la gynécologie notamment car le rôle de préleveur de FCU leur incombe du fait de la pénurie de d'effecteurs de FCU. Il est à noter que pour l'enquête de l'URML Normandie, le taux de participation était de 16%, tandis que notre étude, sur une thématique similaire, a recueilli 35,7% de réponses : il est possible que ce soit là le reflet d'un investissement plus grand des médecins généralistes de l'Eure pour la gynécologie. Par ailleurs, si le taux de médecins généralistes réalisant des FCU dans l'Eure retrouvé dans notre étude semble élevé par rapport à la moyenne nationale, on note que d'autres pays Européens ont adopté une organisation où les médecins généralistes occupent une place fondamentale dans le dépistage du cancer du col de l'utérus : aux Pays-Bas, 100 % des FCU sont réalisés par les généralistes et 84 % pour le Royaume Uni. (27)

2.2. Un taux de couverture du dépistage du cancer du col utérin insuffisant

Les résultats de l'indicateur de la ROSP du dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 65 ans permettent d'estimer le taux de couverture de ce dépistage. Cet indicateur est calculé pour les praticiens éligibles actifs et conventionnés avec au moins 20 patientes âgées entre 25 et 65 ans ayant déclaré le médecin comme médecin traitant. L'Assurance Maladie a fixé pour cet indicateur, un objectif cible à 80% et un objectif intermédiaire à 62%.

Dans notre étude, nous avons observé un taux moyen de couverture déclaré de 56,7%. Ce taux est supérieur de 3,7 points par rapport à celui de l'ensemble des médecins généralistes de l'Eure transmis par la Direction Régionale du Service Médical de l'Assurance Maladie de Normandie (53%), de 1,7 points par rapport à celui de la Seine Maritime (55%) (Annexe 1) et de 0,8 points par rapport à celui de la France (55,9%). (10)

L'objectif cible de l'Assurance Maladie de 80 % était atteint dans notre étude par seulement 3,9% des répondants. L'objectif intermédiaire de 62% par 39,2% des généralistes. A l'échelle nationale, ces objectifs n'ont jamais été atteints depuis la mise en place de la ROSP en 2011 et on a même observé une décroissance du taux de couverture du dépistage de à 58,7% à 55,9% entre 2011 et 2016. (10)

Lors de notre travail de recherche, nous avons constaté que le taux de couverture du dépistage du cancer du col utérin du département de l'Eure était supérieur de 2 points par rapport à celui de la Seine Maritime en 2013 selon les données de l'EGB (65% pour l'Eure contre 63% pour la Seine Maritime). (11) Ces données étaient les plus récentes que nous avons au début de notre étude. Nous avons pu obtenir les résultats de l'indicateur ROSP du dépistage du cancer du col de l'utérus de 2013 à 2016 pour l'ensemble des médecins généralistes de l'Eure et de la Seine Maritime mais seulement après avoir clôturé notre enquête car les démarches pour récupérer les données auprès de la DRSM Normandie ont duré 4 mois.

D'après, les données de la DRSM Normandie, nous avons pu observer que le taux de couverture du dépistage du cancer du col utérin dans l'Eure estimé par l'indicateur ROSP pour l'année 2013 était supérieur à celui de la Seine Maritime comme dans les données de l'EGB (58% pour l'Eure contre 56% pour la Seine Maritime) alors que la densité d'effecteurs de FCU était bien plus faible dans l'Eure. En effet, en 2013 la densité de gynécologues médicaux était de 5,75/100 000 femmes dans l'Eure contre 12,29 / 100 000 femmes en Seine Maritime, celle des médecins généralistes de 66 / 100 000 hab. dans l'Eure contre 77,4/ 100 000 hab. en Seine Maritime (13) et celle des sages-femmes de 5,32/ 100 000 femmes dans l'Eure contre 6,14/ 100 000 femmes en Seine Maritime. (12)

On remarque cependant que le taux de l'indicateur ROSP de couverture du dépistage du cancer du col utérin est plus bas que le taux de couverture basé sur les données de l'EGB (58% vs 65%). En effet, l'indicateur ROSP ne tient compte que des frottis réalisés chez les femmes de 25 à 65 ans ayant déclaré un médecin traitant. Or d'après l'analyse des données de l'EGB, 45% des femmes âgées de 25 à 65 ans n'avaient pas déclaré de médecin traitant en 2013 (28), ce qui pourrait expliquer le taux de couverture plus faible de l'indicateur ROSP.

Comme à l'échelle nationale, on constate une décroissance du taux de couverture du dépistage du cancer du col utérin pour l'Eure et la Seine Maritime entre 2013 et 2016, qui est plus marquée pour le département de l'Eure - 5 points contre -1 point pour la Seine Maritime. (Annexe 1)

A partir de 2015, le taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus du département de l'Eure devient inférieur à celui de la Seine Maritime (55% contre 56%). Parallèlement, on observe entre 2014 et 2015 un effondrement de la démographie des effecteurs de FCU en Haute Normandie. Dans l'Eure, la densité de gynécologues médicaux chute de 4,07 à 1,62 pour 100 000 femmes et en Seine Maritime elle passe de 10,61 à 4,93/100 000 femmes. (Annexe 2) Pour la même période, la densité des sages-femmes diminue de 4,88 à 3,64/100 000 femmes dans l'Eure et de 6,14 à 4,26/100 000 femmes en Seine Maritime et celle des médecins généralistes a chuté de 65,4/100 000 hab. à 64,3/100 000 hab. dans l'Eure et de 75,7 à 74,2/100 000 hab. en Seine Maritime.

Malgré un effondrement de la densité des gynécologues médicaux plus important en Seine Maritime, leur densité reste plus élevée que dans l'Eure, tout comme celle des sages-femmes et médecins généralistes. Le taux couverture du dépistage du cancer du col utérin estimé par la ROSP reste stable à 56% en Seine Maritime et décroît dans l'Eure de 56 à 55%. (12) On peut supposer qu'au-delà d'une certaine limite de densité de gynécologues, sages-femmes et de généralistes malgré l'implication de ces derniers, en dessous d'un certain seuil d'effecteurs de FCU il est difficile de maintenir le taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus et la prévention s'effondre.

Deux hypothèses pourraient expliquer la meilleure couverture du dépistage du cancer du col utérin dans l'Eure en 2013 : soit les médecins généralistes pratiquent plus de frottis et ainsi permettent l'obtention d'un meilleur taux de dépistage, soit l'adhésion des femmes au dépistage est plus importante dans l'Eure.

Dans l'hypothèse de l'existence d'une meilleure adhésion des femmes au dépistage dans l'Eure, nous nous sommes intéressés aux résultats des autres programmes de dépistage concernant les femmes. Le dépistage du cancer colorectal chez les femmes suit la même tendance, le taux de participation entre 2015 et 2016 était plus important dans l'Eure qu'en Seine Maritime (36,4% contre 28%). (29) En revanche, pour le dépistage du cancer du sein, le taux de participation des femmes dans l'Eure est inférieur à celui de la Seine Maritime (55% contre 59%). (30)

En regard de ces données, il est intéressant de noter que dans notre étude, les médecins généralistes sont 57% à se déclarer moteur de cette démarche. En d'autres termes, il semble que l'initiative du dépistage soit partagée entre les médecins généralistes et les patientes, même si les médecins généralistes sont plus souvent à l'initiative de la réalisation des FCU.

Une explication possible à ces observations réside encore une fois dans la diminution du nombre d'effecteurs possibles : ainsi il semble logique que les patientes se tournent plus fréquemment vers les médecins généralistes pour leur suivi gynécologique, et que les médecins généralistes, de leur côté, aient une pratique plus importante dans ce domaine.

En somme, la situation démographique médicale de l'Eure favoriserait le lien entre médecins généralistes et patientes autour du suivi gynécologique, et donc possiblement du dépistage du cancer du col de l'utérus.

2.3. Des frottis plus souvent réalisés par les généralistes femmes

Dans notre étude, 100% des médecins généralistes de genre féminin réalisaient des FCU contre 82,2% des médecins de sexe masculin. ($p=0,02$)

Dans la littérature, le genre féminin du médecin est un facteur prédictif de la pratique de FCU. (31) D'après l'INCa, le profil type du médecin généraliste pratiquant des FCU, est une femme (67%), de moins de 45 ans (57%), travaillant en milieu rural (67%), en cabinet de groupe (57%) et ayant une patientèle importante (59%). (20)

Notre population de médecins femmes correspondait à ce profil avec un âge moyen de 43 ans, un exercice rural prédominant (60%) et une activité en cabinet de groupe (87%).

Avec la féminisation de la profession médicale,(32) la part de FCU réalisée en médecine générale pourrait augmenter.

2.4. Le rôle de coordinateur du médecin généraliste et l'orientation vers un autre effecteur

Dans notre étude, le nombre de médecins généralistes ne pratiquant pas de frottis était très faible ($n=8$). Ces médecins généralistes adressaient leurs patientes par ordre de fréquence à un laboratoire, à un gynécologue, à une sage-femme ou à un confrère généraliste. Certains médecins hommes ont souligné le fait que les frottis étaient plutôt réalisés par les généralistes femmes dans le cadre d'un exercice en cabinet de groupe.

Dans la littérature, les médecins généralistes orientent le plus souvent les patientes vers un gynécologue.

Dans l'étude de l'URML Normandie, 67,8% des médecins généralistes confient leurs patientes à un gynécologue, 26,4% à une sage-femme, 19% à un confrère généraliste et 23,1% n'orientent pas leurs patientes (17). Les laboratoires n'apparaissent pas dans les propositions de réponses.

Dans l'enquête barométrique de 2010, les généralistes adressent aussi leurs patientes principalement à un gynécologue (63%), à un laboratoire (26%) ou à un confrère généraliste (5%). (20)

Un des objectifs du Plan Cancer 2014- 2019 est de diversifier les effecteurs et les lieux de prélèvement des FCU en s'appuyant sur les effecteurs et les structures existants. (9) Dans les programmes expérimentaux régionaux de dépistage organisé, nous n'avons pas retrouvé de données sur la proportion de FCU réalisés par les différents effecteurs de FCU.

En Europe, certains pays dont l'Angleterre et la Finlande font appel à des infirmières pour la réalisation du dépistage par FCU. (33) En France, des infirmières travaillant en centre de santé ont été formées à la réalisation des FCU devant la pénurie de praticiens, cette compétence pourrait être étendue aux infirmières exerçant dans des structures telles que des maisons de santé pluri professionnelles.

En revanche, la délégation d'acte de prévention comme la réalisation des FCU engendre chez certains médecins généralistes un sentiment de concurrence avec la crainte de perdre une partie de leur activité. (34) Dans notre étude, un médecin évoquait cette concurrence : « La gynécologie médicale est une activité que les médecins généralistes se font voler par les sages-femmes ».

La diversification des effecteurs de FCU pourrait conduire à l'amélioration de la couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus à condition qu'il y ait une meilleure coordination entre les différents professionnels de santé impliqués, avec un respect des recommandations (intervalle de dépistage et tranche d'âge cible) et un accès aux résultats de FCU quel que soit le préleveur.

2.5. Le rôle majeur du généraliste dans l'initiation du dépistage

Dans notre étude, 57% des généralistes réalisaient le plus souvent les frottis à leur propre initiative, pour 42% l'initiative était souvent partagée avec la patiente. La pratique sur demande de la patiente était peu fréquente (n=1).

Une enquête menée en Bourgogne en 2004 auprès de 351 médecins généralistes libéraux, retrouve la même tendance avec 80% de médecins à l'initiative des FCU et 20 % réalisant les FCU sur demande de la patiente. (35) Dans une étude du Val d'Oise, 25% des patientes déclarent être à l'initiative du FCU. (36)

Par ailleurs, une étude canadienne montre que certaines femmes préfèrent que le médecin généraliste soit à l'initiative du dépistage, (37) et 49% des médecins généralistes français considèrent que leur rôle est indispensable dans le dépistage du cancer du col de l'utérus. (20)

Une revue de la littérature au sujet du rôle des médecins généralistes européens dans le dépistage du cancer du col utérin montre que l'implication du généraliste augmente le succès du dépistage organisé. (27)

Ces constats sont intéressants car la prévention des maladies fait partie des compétences du médecin généraliste dans l'approche globale du patient. (38) En raison de son rôle central et de l'impact de son discours auprès de ses patientes, le médecin traitant est un acteur clé dans la promotion et la réalisation du dépistage du cancer du col de l'utérus.

2.6. Des frottis majoritairement effectués en médecine générale lors d'une consultation de gynécologie

La plupart des médecins généralistes choisissent de réaliser le frottis lors d'une consultation dédiée à la gynécologie.

Dans notre étude, ils sont 54% à pratiquer les frottis lors d'une consultation dédiée. Dans une enquête menée en Bourgogne, les généralistes sont 77% à réaliser les FCU au cours d'une consultation de gynécologie. (35)

40% des médecins de notre étude considéraient la mise en place d'une consultation dédiée au dépistage comme un facteur incitatif à la pratique des frottis. Dans sa thèse, Géraldine Gauwin identifie également ce facteur pour 47% des médecins généralistes haut normands. (39)

Actuellement, il n'existe pas de consultation spécifique pour la prévention du cancer du col de l'utérus. Les médecins généralistes doivent intégrer la prévention du cancer du col utérin au milieu des autres motifs de consultations.

Cependant, la mise en place d'une consultation unique de prévention pour les femmes de 25 ans a été votée à l'Assemblée Nationale le 27 octobre 2017.

Elle sera prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie dès le 1^{er} janvier 2018.

Cette consultation sera l'occasion pour le généraliste d'aborder le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Une deuxième consultation de prévention est prévue pour les femmes de 50 ans.

Ainsi, si la demande des médecins généralistes est en faveur de la réalisation du dépistage du cancer du col utérin au sein d'une consultation spécifique, celle-ci est pour le moment limitée à une population précise (femmes de 25 ans). En l'absence d'une consultation dédiée au dépistage du cancer du col de l'utérus pour l'ensemble de la population cible, la réalisation des FCU dépend de l'organisation du médecin généraliste au sein du cabinet.

2.7. L'importance de la tenue du dossier médical dans le dépistage

Pour que le dépistage soit efficace, le médecin généraliste doit avoir connaissance de la date et du résultat du FCU de dépistage antérieur. Ces données doivent être présentes dans le dossier médical et régulièrement mises à jour.

Dans notre étude, 24% des répondants vérifiaient systématiquement la présence d'un frottis récent chez leurs patientes. Les médecins femmes contrôlaient plus souvent le dépistage que les médecins hommes. ($p < 0,001$)

Ce chiffre est moins important que celui retrouvé dans l'enquête barométrique de l'INCa réalisée auprès des médecins généralistes, où 45% des médecins déclarent vérifier systématiquement le dépistage du cancer du col utérin (20). Ce réflexe est plus présent chez les médecins femmes (55%), les médecins de moins de 45 ans (54%) et ceux qui font des frottis eux-mêmes (52%). (20)

Par ailleurs, dans notre étude, 95% des médecins généralistes déclaraient mettre à jour le dossier médical lorsqu'ils recevaient un résultat de frottis réalisé par un autre intervenant.

Or, dans plusieurs études, on constate que les dossiers médicaux des médecins généralistes sont souvent peu complets concernant le dépistage du cancer du col utérin. Dans une autoévaluation de dossiers médicaux réalisée par des généralistes du Haut-Rhin, la réalisation d'un frottis est inscrite dans 44,2% des dossiers et seulement 25,9% des dossiers sont complets (date et résultats du FCU).(40) Plusieurs travaux de thèses ont montré que les dossiers étaient plus complets quand le médecin généraliste était le préleveur du frottis.(41) (42)

La planification des frottis peut être facilitée par l'utilisation d'une alerte intégrée au logiciel médical avertissant le médecin de la date du prochain frottis de sa patiente. Dans notre étude, 82% des médecins généralistes utilisaient un moyen de rappel pour la réalisation du prochain FCU mais l'alerte automatisée n'était utilisée que par 17% des médecins généralistes et elle était plus souvent utilisée par les maîtres de stage (29%). La présence d'une note dans le dossier médical informatisé était le principal moyen de rappel des médecins. (65%)

Dans les autres études, le rappel automatisé est également peu utilisé par les généralistes. Dans sa thèse, Andréa LOB retrouve dans l'analyse de 770 dossiers médicaux seulement 17% d'alertes programmées (42). Dans l'étude de Yannick Ruelle, 8% des généralistes utilisent une alerte et ce sont plus souvent les jeunes médecins et ceux qui réalisent des frottis. (41) Dans notre étude, l'utilisation d'une alerte programmée n'était pas liée à l'âge des médecins généralistes.

En somme, peu de médecins généralistes semblent avoir le réflexe de la vérification systématique de la présence d'un FCU récent en consultation, en revanche ces données sont quasi-systématiquement mises à jour dans le dossier médical.

Il semble donc que l'intégration d'un module de prévention dédié au suivi des dépistages des cancers dans les logiciels médicaux avec alerte de rappel automatisée pourrait permettre aux médecins généralistes de mettre à jour plus facilement leurs dossiers et d'avoir une meilleure visibilité sur l'état des dépistages de leurs patientes.

2.8. Le problème de transmission des résultats

Dans notre étude, les médecins généralistes déclaraient recevoir les résultats des FCU effectués par un autre intervenant dans seulement 1,7 cas sur 5, soit environ dans 34% des cas. Un seul médecin déclarait toujours recevoir les résultats. Pour 23% des généralistes aucun résultat n'était transmis.

On retrouve ce faible retour d'information dans plusieurs études. Dans le travail de thèse d'Andréa LOB, les généralistes sont seulement 18,3% à recevoir les résultats (42), dans l'étude de Yannick RUELLE, ils ne sont que 12,03%. (41)

La transmission des résultats du frottis au médecin traitant lorsqu'il est effectué par un autre intervenant semble problématique. Le retour d'information au médecin traitant fait pourtant partie de la convention médicale nationale.

Selon l'article 17.1 de la Convention médicale 2016 concernant les spécialistes à accès spécifiques dont les gynécologues : « ces médecins veillent en conséquence à tenir informé, avec l'accord du patient, le médecin traitant de leurs constatations et lui transmettent, dans les délais raisonnables, nécessaires à la continuité des soins et compatibles avec la situation médicale du patient, les éléments objectifs utiles à la prise en charge par le médecin traitant. » (43)

En ce qui concerne les sages-femmes, leur convention ne mentionne pas l'obligation de transmission systématique des résultats de FCU au médecin traitant, d'après l'article L. 4151-1 de la loi HSPT du 21 juillet 2009 elles ont le devoir d'adresser les patientes à un médecin en cas de résultat de FCU pathologique. (23)

Le Dossier Médical Partagé (DMP) pourrait être un outil utile à la transmission des résultats de frottis entre professionnels de santé. Cependant la mise en place du DMP est lente, ce projet a vu le jour avec la loi relative à l'Assurance Maladie du 13 août 2004. (44) Initialement, il s'agissait d'un Dossier Médical Personnel, son premier lancement en 2011 fut un échec, faute d'utilisateurs. Une nouvelle tentative de mise en place a été lancée en 2016 avec la loi de modernisation du système de santé (45), le Dossier Médical Personnel est devenu le Dossier Médical Partagé. Son déploiement est coordonné par l'Assurance Maladie, il a débuté depuis décembre 2016 dans 9 départements pilotes et devrait être généralisé à l'ensemble du territoire. Le médecin traitant est le seul professionnel de santé pouvant accéder à l'ensemble des informations du DMP y compris à celles rendues inaccessibles par son titulaire. (46) L'utilisation du DMP par l'ensemble des professionnels de santé dans la prévention est donc limitée par son caractère facultatif, par le contrôle de l'accès à certaines informations par le patient et par l'absence d'un volet de synthèse médicale qui le rendrait inexploitable. (47)

L'envoi systématique des résultats de frottis au médecin traitant par le moyen des Messageries de Santé Sécurisées pourrait être une autre option peu onéreuse mais les professionnels de santé impliqués dans le dépistage du cancer du col de l'utérus ne disposent pas tous de ce type de messagerie électronique. D'après l'URML Normandie, 61% des médecins libéraux de l'Eure utilisaient une messagerie de santé sécurisée en 2016 (Apicrypt ou MSSanté). (48)

Les résultats de notre étude soulèvent donc un problème de coordination et d'échange d'information entre les médecins généralistes et les autres effecteurs du dépistage (gynécologues, sages-femmes). Pour favoriser le rôle de coordination du médecin traitant lors de la mise en place du dépistage organisé, les structures de gestion vont devoir trouver des solutions pour que les résultats de frottis soient systématiquement communiqués au médecin traitant.

2.9. La nécessité d'informer les patientes

L'HAS a identifié l'absence d'information comme un frein au dépistage du cancer du col de l'utérus. (49) Dans notre étude, tous les médecins ne pratiquant pas de FCU déclaraient donner une information sur l'intérêt, les modalités et les conséquences du dépistage du cancer du col utérin. Dans deux études réalisées en Franche Comté et en Haute Normandie, les médecins sont respectivement 72% et 73% à toujours informer les patientes lors de la prescription ou de la réalisation d'un frottis. (39) (28)

Par ailleurs, dans notre étude certains médecins généralistes ont souligné l'existence d'une méconnaissance de la part de certaines femmes de la capacité du médecin généraliste à effectuer le suivi gynécologique et les frottis. Cette problématique est également retrouvée dans une étude qualitative menée en France dans la patientèle de 3 cabinets de médecine générale (50) et dans une enquête réalisée dans le Val d'Oise en 2013 où seulement 35,9% des femmes connaissent la possibilité pour les médecins généralistes de réaliser les frottis de dépistage. (36)

D'autres études démontrent que les modalités du dépistage du cancer du col de l'utérus sont plus ou moins connues par les patientes. Dans le Baromètre Santé de 2009, 60% des femmes associent le FCU au dépistage du cancer du col de l'utérus et 51% pensent que le rythme de dépistage est annuel. (51)

Dans notre étude, 48% des médecins généralistes utilisaient des supports d'information au dépistage du cancer du col de l'utérus (brochures, posters, vidéos en salle d'attente). Le recours à cet outil était plus important chez les femmes médecins ($p < 0,001$). Une méta-analyse publiée par la Cochrane Collaboration en 2011 montre que les études sont favorables aux interventions éducatives avec supports d'information mais le format d'information le plus efficace n'est pas clairement établi. (52) Dans une enquête d'opinion réalisée par l'IFOP auprès de 1000 femmes en France, 43% des femmes déclarent avoir reçu une information au sujet du dépistage du cancer du col utérin par les médias. (53) Dans la thèse de Clément Tacquet, les patientes du département l'Eure sont plus de 60% à avoir reçu une information par les médias. (54)

Au vu ces résultats, se pose la question de comment informer les patientes à propos des modalités de dépistage et de la compétence des médecins généralistes pour la réalisation des FCU.

En France, plusieurs campagnes de prévention ont eu lieu, notamment en janvier 2017 à l'occasion de la semaine européenne de prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus, avec notamment un relai dans les médias grand public. En Normandie, l'URML a lancé en novembre 2017 une campagne à destination des patientes pour promouvoir le suivi gynécologique en médecine générale. (55)

Bien que les femmes semblent sensibles aux campagnes de prévention et les médecins généralistes impliqués dans la démarche de prévention, le problème actuel est de cibler les femmes qui sont peu participantes au dépistage.

Dans le cadre du projet de mise en place d'un dépistage organisé national, l'envoi de courrier d'invitation pourrait permettre d'informer et de sensibiliser au dépistage cette part de la population, notamment car le contenu peut alors être perçu comme plus personnalisé.

2.10. Les motivations à la pratique des frottis de dépistage

La plupart des études de la littérature abordent les freins rencontrés par les médecins généralistes dans la pratique du dépistage du cancer du col de l'utérus, peu d'entre elles s'intéressent à leurs motivations.

Pour identifier ces motivations, nous nous sommes basés sur des travaux s'intéressant aux motivations des généralistes et des patientes pour la réalisation du suivi gynécologique en médecine générale.

Dans notre étude, la réalisation du suivi gynécologique par le médecin généraliste était le premier facteur favorisant la réalisation de frottis (82,1%).

Ils étaient également nombreux à évoquer la relation de confiance établie entre médecin et patiente (68,7%). Cette relation privilégiée médecin-malade fait partie des raisons lesquelles les patientes choisissent leur médecin généraliste pour leur suivi gynécologique. (56) (57)

La notion d'accessibilité et de proximité du médecin généraliste est également reconnue comme un facteur favorisant le suivi gynécologique en médecine générale. (57) Le médecin généraliste est souvent plus disponible que les gynécologues dont les délais de consultation peuvent être variables en fonction des régions.

L'intérêt personnel pour la gynécologie (57) et le fait d'être une femme médecin (58) (59) étaient également identifiés dans notre étude et dans la littérature comme des éléments encourageant la pratique des FCU en médecine générale.

Les médecins généralistes évoquaient aussi la disparition des gynécologues médicaux comme élément favorisant la pratique des frottis en médecine générale (53,7%).

Dans le contexte de pénurie de gynécologues qui touche le département de l'Eure nous avons voulu connaître les facteurs qui pourraient inciter les médecins généralistes pratiquant des frottis à augmenter cette activité.

La mise en place d'un dépistage organisé était le premier facteur qui pouvait inciter les médecins généralistes à pratiquer plus de frottis (59,7 %) puis on retrouvait l'augmentation de la demande en rapport avec la disparition des gynécologues médicaux (56,7%) et la mise en place d'une consultation dédiée au dépistage (40,3%).

Une meilleure rémunération était considérée comme facteur incitatif par 26,9% des médecins de notre étude et par 53% des médecins hauts normands dans la thèse de Géraldine Gauwin. (39)

Il faut noter que notre recueil de données avait été clôturé avant la revalorisation de l'acte du frottis en juillet 2017 et la mise en place de la nouvelle cotation : G + JKHD001 = 37.46 €.

Depuis 2011, dans un objectif d'amélioration des soins et du suivi des patients, la convention de l'Assurance Maladie a introduit la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP), un paiement à la performance « P4P » qui rémunère le médecin en fonction des résultats obtenus pour différents indicateurs dont celui du dépistage du cancer du col utérin. Les points sont calculés à partir du repérage d'actes de FCU dans la patientèle ayant déclaré le médecin généraliste comme médecin traitant, quel que soit l'effecteur de cet acte.

Dans littérature et dans notre étude, la ROSP semble avoir peu d'impact sur la pratique des FCU par les médecins généralistes. (60) (61)

3. Synthèse et perspectives d'amélioration :

Au travers de cette étude, plusieurs éléments ont été identifiés comme à même de favoriser la réalisation des FCU par les médecins généralistes (ces éléments sont par ailleurs retrouvés dans la littérature identifiée) :

- Un suivi gynécologique réalisé par le médecin généraliste
- Une relation médecin-patient privilégiée et de confiance
- Une plus grande proximité géographique ainsi qu'une meilleure disponibilité du médecin généraliste, le rendant plus accessible qu'un gynécologue
- La disparition des gynécologues médicaux

Concernant les facteurs « médecin-dépendants », le fait d'être une femme et d'avoir une appétence pour la gynécologie sont également des facteurs favorisant la réalisation des FCU par les médecins généralistes.

4 éléments seraient à même d'inciter les médecins généralistes à développer leur pratique des FCU :

- La mise en place d'un dépistage organisé
- L'augmentation de la demande de la part des patientes
- La mise en place d'une consultation dédiée au dépistage
- Une meilleure rémunération des actes de dépistage

D'un autre côté, d'autres facteurs ont été relevés comme étant des freins potentiels à la réalisation des FCU par les médecins généralistes. Ces facteurs sont les suivants :

- De la part des patientes, le manque d'information quant à la possibilité de réaliser le FCU par le médecin généraliste
- Le problème de coordination et de transmission des résultats entre les différents effecteurs du dépistage
- Pour les médecins généralistes qui ne réalisent pas de frottis (correspondant à une minorité dans notre étude) : le manque de temps, le manque d'intérêt personnel et le manque de formation.

Dans ce contexte, et en regard de ces résultats, nous proposons plusieurs pistes de réflexion pour l'amélioration du dépistage du cancer du col de l'utérus dans l'Eure :

- Mettre en place le dépistage organisé afin de lutter contre les inégalités de recours au dépistage, en ciblant les femmes non participantes au dépistage par le biais de courrier d'invitation avec relance.
- Développer la communication auprès des patientes autour du rôle du médecin généraliste dans le dépistage du cancer du col de l'utérus, notamment pour lever les freins et les a priori qui peuvent exister sur la compétence des médecins généralistes et la qualité des frottis réalisés. Une telle communication pourrait notamment être relayée par les médias, réseaux sociaux mais aussi en salle d'attente (posters, brochures d'information, messages vidéo)
- Renforcer le rôle de coordination du médecin traitant en lui transmettant systématiquement les résultats des frottis quel que soit le préleveur du frottis. L'envoi des résultats par voie postale peut être coûteux pour les laboratoires d'anatomie et cytologies pathologiques, dans le contexte de modernisation du système de santé une solution serait de dématérialiser l'information via les Messageries de Santé Sécurisées ou en déposant les résultats dans le Dossier Médical Partagé à condition que ce dispositif soit généralisé à l'ensemble du territoire.
- Favoriser l'activité de prévention des médecins généralistes au travers de la mise en place d'une consultation de dépistage du cancer du col de l'utérus avec une tarification spécifique.
- Diversifier l'offre de prélèvement afin d'augmenter la couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus, en permettant par exemple aux infirmières de réaliser des frottis en coordination avec le médecin traitant dans le cadre de protocoles d'Action de Santé Libérale En Equipe (ASALEE), ce qui constituerait une alternative au transfert de l'activité de gynécologie vers les médecins généralistes femmes.
- Avoir recours à l'auto-prélèvement vaginal avec recherche d'HPV à haut risque pour les femmes non participantes au dépistage. Ce test pourrait constituer une alternative pour les femmes qui sont réticentes à l'examen gynécologique et à la réalisation de FCU. Plusieurs études ont démontré l'efficacité de l'auto-prélèvement vaginal dans la détection des HPV. (62) (63) Un essai randomisé réalisé en 2012, auprès de 6000 femmes de 30 à 65 ans en Indre et Loire, dans le cadre de l'expérimentation du dépistage organisé a démontré que l'envoi d'un kit d'auto-prélèvement vaginal au domicile était plus efficace que l'envoi d'un courrier de relance pour augmenter la participation des femmes non dépistées. (64) Cette alternative n'a pas été évoquée par les médecins généralistes de notre enquête.

Compte tenu de ces points, il serait intéressant, dans de futurs de travaux :

- D'évaluer la pertinence des objectifs fixés par le Plan Cancer : un taux de couverture du dépistage de 80% est-il atteignable en pratique compte-tenu de la démographie médicale en France ? La mise en place du dépistage organisé permettra-t-elle d'y parvenir ? Une étude de type qualitative sur leur ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de la généralisation du dépistage organisé et de l'amélioration du taux de couverture du dépistage du cancer du col utérin pourrait nous apporter des éléments de réponse.
- D'explorer dans une étude qualitative la perception des femmes par rapport à leur rôle dans la démarche de dépistage, et de confronter cette perception à celle des médecins généralistes. Pour rappel, d'après notre étude, les médecins généralistes se déclaraient être le plus souvent à l'initiative du dépistage du cancer du col de l'utérus.
- De déterminer quel lien il existe entre l'efficience dans le dépistage du cancer du col de l'utérus au niveau régional et la démographie médicale des effecteurs : l'efficience est-elle proportionnelle à la densité d'effecteurs ? Existe-il des valeurs seuils démographiques au-delà desquelles le taux couverture du dépistage chute considérablement ?

Conclusion

L'enquête que nous avons menée avait pour but de décrire la stratégie utilisée par les médecins généralistes de l'Eure et leurs motivations pour maintenir le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 65 ans malgré la faible démographie de praticiens de ce département.

Il ressort de cette étude que la majorité des médecins généralistes de l'Eure réalisent eux-mêmes des frottis cervico-utérins.

Parmi les facteurs favorisant cette pratique, on retrouve la réalisation du suivi gynécologique par le médecin généraliste, la relation de confiance établie entre médecin traitant et patiente et la proximité du médecin généraliste.

Les médecins généralistes de l'Eure semblent fortement impliqués dans le dépistage du cancer du col de l'utérus et sont prêts à augmenter leur pratique des frottis face à une demande croissante et avec la mise en place du dépistage organisé en 2018, mais l'effondrement de démographie médicale a-t-il raison de leur volonté ?

Bibliographie

1. InVs, Institut de Veille Sanitaire. Cancer du col de l'utérus. Données par localisation. Dossiers thématiques. [En ligne]. [cité 4 mai 2017]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Donnees-par-localisation/Cancer-du-col-de-l-uterus>
2. Giuliano AR, Nyitray AG, Kreimer AR, Pierce Campbell CM, Goodman MT, Sudenga SL, et al. EUROGIN 2014 Roadmap: Differences in HPV infection natural history, transmission, and HPV-related cancer incidence by gender and anatomic site of infection. *Int J Cancer* [En ligne]. 15 juin 2015 [cité 4 oct. 2017]; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4297584/>
3. Duport N, Heard I, Barré S, Woronoff AS. Focus. Le cancer du col de l'utérus : état des connaissances en 2014. *Bull Epidémiol Hebd.* 2014;(13-14-15):220-1. [En ligne]. [cité 12 janv. 2017]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/13-14-15/2014_13-14-15_1.html
4. Haute Autorité de Santé - État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France [En ligne]. [cité 13 janv 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1009772/fr/etat-des-lieux-et-recommandations-pour-le-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-en-france
5. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique - Article Annexe. [En ligne]. [cité le 25 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&idArticle=LEGIARTI000006697614&dateTexte=&categorieLien=cid>
6. Santé Publique France, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. L'état de santé de la population en France - Rapport 2017 [En ligne]. [cité 25 sept 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
7. Beltzer N, Hamers FF, Duport N. Résultats finaux de l'évaluation du dépistage du cancer du col de l'utérus organisé dans 13 départements en France, 2010-2014. *Bull Epidémiol Hebd.* 2017;(2-3):26-31. [En ligne]. [cité 5 sept 2017]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/2017_2-3_1.html
8. Barré S, Massetti M, Leleu H, Catajar N, de Bels F. Caractérisation des femmes ne réalisant pas de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin en France. *Bull Epidémiol Hebd.* 2017;(2-3):39-47 [En ligne]. [cité 4 oct 2017]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/2017_2-3_3.html
9. Institut National du Cancer. Plan cancer 2014-2019 : priorités et objectifs. [En ligne]. [cité 4 oct. 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs>

10. Assurance Maladie. La Rémunération sur objectifs de santé publique : bilan à 5 ans et présentation du nouveau dispositif [En ligne]. [cité 9 oct 2017]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_bilan_ROSP_2016_du_21_avril_def.pdf
11. Institut National du Cancer. Participation au dépistage du col de l'utérus [En ligne]. [cité 13 janv 2017]. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Themes/Depistage/Le-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Participation-au-depistage-du-col-de-l-uterus#ind7984>
12. Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Eco-Santé France, Régions & Départements [En ligne]. [cité 4 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.ecosante.fr/index2.php?base=DEPA&langh=FRA&langs=FRA>
13. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [En ligne]. [cité 9 oct. 2017]. Disponible sur: https://demographie.medecin.fr/#sid=25;l=fr;i=qualif.densite_qualif;v=map2;s=2017;z=-13746,7036833,1378565,913529;sly=a_dep_DR;f=18
14. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale en région Haute Normandie, situation en 2015 [En ligne]. [cité 21 nov 2016]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_haute_normandie_2015.pdf
15. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas national. [En ligne]. [cité 30 nov 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476>
16. Insee. Définition - Unité urbaine. [En ligne]. [cité 24 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1501>
17. URML Normandie. Le suivi gynécologique : un rôle à défendre pour le médecin généraliste ? [En ligne]. [cité 30 nov 2017]. Disponible sur: <https://www.urml-normandie.org/wp-content/uploads/2017/11/Etude-Suivi-gyn%C3%A9cologique-par-les-MG-Version-Campagne-communication.pdf>
18. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne [En ligne] Santé Publique, 2005; vol. 17, (1), 109-119. [cité 2 oct. 2016]. Disponible sur: http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=SPUB_051_0109
19. Ganry O, Boche T. Prevention practices and cancer screening among general practitioners in Picardy, France. [En ligne]. [cité le 1 déc. 2017] Public Health. 2005;119(11):1023-30. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S003335060500082X>
20. Institut National du Cancer. Médecins généralistes et dépistage des cancers. Synthèse des résultats de l'enquête barométrique INCa/BVA septembre 2010. [En ligne]. 2010. [cité le 05 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr>
21. Institut National du Cancer. Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus. Etat des connaissances en date du 17 juin 2013. [En ligne]. [cité 1 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.cancer-environnement.fr/Portals/0/Documents%20PDF/Rapport/INCa/FR-Prevention-depistage-cancer-col-uterus-2013%5B1%5D.pdf>

22. Haute Autorité de Santé. Conférence de presse. Quelles évolutions du dépistage du cancer du col de l'utérus recommandées par la HAS ? [En ligne]. [cité 4 nov 2017]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/conf_presse_elles_evolution_du_depistage_du_cancer_du_col_2010-11-15_14-40-48_666.pdf
23. Legifrance. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 86. [En ligne]. [cité 4 déc 2017]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/article_86
24. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. Études et Résultats n° 791 - mars 2012. [En ligne] 2012. [cité 4 déc. 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er791.pdf>
25. Legifrance. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. Décret no 2015-1152 du 16 septembre 2015 relatif aux conditions et modalités d'exercice des biologistes médicaux et portant création de la Commission nationale de biologie médicale. Version électronique authentifiée publiée au JO n° 0216 du 18/09/2015. [En ligne]. [cité 4 déc. 2017]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?numJO=0&dateJO=20150918&numTexte=13&pageDebut=16357&pageFin=16360
26. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. La démographie des pharmaciens à l'horizon 2030, un exercice de projection au niveau national. Études et Résultats n° 438 - octobre 2005. [En ligne] 2005. [cité 4 déc 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er438.pdf>
27. Ruelle Y, Boivin JM. Rôle des médecins généralistes européens dans le dépistage du cancer du col de l'utérus et son impact sur l'efficacité du dépistage. Exercer 2009;85(supp1):28S-9S. Exercer [En ligne].2009. [cité 4 sept 2017]; Disponible sur: <http://www.exercer.fr>
28. Institut National du Cancer. Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus. Analyse des données de l'échantillon généraliste des bénéficiaires de l'Assurance maladie. Étude médico-économique Phase 1, appui à la décision. Annexe 4 : Analyse des données de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) de l'assurance maladie. 2015. [En ligne]. [cité 3 mars 2017] Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/content/download/140228/1740569/file/Etude%20m%C3%A9dico-%C3%A9conomique_D%C3%A9pistage%20du%20cancer%20du%20col%20de%20l'ut%C3%A9rus_Annexe%204.pdf.
29. InVS. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2015-2016. Dossiers thématiques. [En ligne]. [cité 17 déc 2017]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2015-2016>

30. InVS. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2015-2016. Dossiers thématiques. [En ligne]. [cité 20 déc 2017]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2015-2016>
31. Ahmad F, Stewart DE, Cameron JI, Hyman I. Rural physicians' perspectives on cervical and breast cancer screening: a gender-based analysis. *J Womens Health Gend Based Med.* mars 2001;10(2):201-8. [En ligne] 2001. [cité 5 sept. 2017] Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11268303>
32. Attal-Toubert K., Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. Dossiers solidarité et santé - Ministère des Solidarités et de la Santé [En ligne]. [cité 5 déc 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/dossiers-solidarite-et-sante/article/la-demographie-medicale-a-l-horizon-2030-de-nouvelles-projections-nationales-et>
33. IARC. Handbook of Cancer Prevention Volume 10 - Cervix Cancer Screening [En ligne]. [cité 5 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook10/index.php>
34. Manlhiot G. Le point de vue des médecins généralistes sur la mise en place d'un dépistage national organisé du cancer du col de l'utérus. [En ligne] Thèse de médecine. Montpellier; 2015 [cité 23 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.biu-montpellier.fr/florabium/jsp/nomem.jsp?NOMEM=2015MONT1132>
35. Observatoire régional de la santé de Bourgogne, Weber A, Lémery B, Millot I. Prévention des cancers gynécologiques : points de vue des médecins sur les modalités de dépistage en Bourgogne. Dijon: ORS Bourgogne; 2004. [En ligne]. [cité 6 nov 2017]. Disponible sur: <http://orsbourgogne.free.fr/Etudemed.pdf>
36. Bernard E, Saint-Lary O, Haboubi L, Breton JL. Dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances et participation des femmes. *Santé Publique.* 6 août 2013;25(3):255-62. [En ligne]. [cité 15 janv. 2017]. Disponible sur : http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=SPUB_253_0255
37. Van Til L, MacQuarrie C, Herbert R. Understanding the barriers to cervical cancer screening among older women. *Qual Health Res* 2003;13(8):1116-31. [En ligne] 2003. [cité 6 nov. 2017]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14556422>
38. WONCA Europe. Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille. [En ligne]. 2002 [cité 6 déc. 2017]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/content/france-la-definition-europeenne-de-la-medecine-generale-%E2%80%93-medecine-de-famille>
39. Gauwin G. Les freins rencontrés par les médecins généralistes dans le dépistage du cancer du col de l'utérus. Enquête auprès des maitres de stage de Haute Normandie. Thèse de médecine. Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen : Université de Rouen; 2012.

40. Denis B., Schon G., Ruetsch M., Grall J.C, Lévêque M., Meyer J.M, Moser S., Tschiember J.C, Perrin P. Dépistage des cancers : auto-évaluation des dossiers médicaux de 37 médecins généralistes. Presse Médicale. févr 2017;36(2-C1):217-23. [En ligne]. 2017. [cité le 5 sept. 2017]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498206001011>
41. Ruelle Y. Le médecin généraliste et la coordination du dépistage du cancer du col de l'utérus. Etude du contenu des dossiers médicaux de 32 médecins généralistes lorrains. [En ligne]. Thèse de médecine. Faculté de médecine de Nancy: Université Henri Poincaré Nancy 1; 2009 [cité 3 févr. 2017]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2009_RUELLE_YANNICK.pdf
42. Lob A. Évaluation du retour d'information des résultats des frottis cervicaux utérins de dépistage auprès des médecins traitants isérois : enquête de prévalence descriptive dans un département pilote en matière de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. [En ligne] Thèse de médecine. Faculté de médecine de Grenoble : Université Joseph Fourier; 2013. [cité le 3 févr. 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00809371>
43. Legifrance. Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016. Publié au JORF n°0248 du 23 octobre 2016. [En ligne]. 2016. [cité 7 déc.2017] Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033285608>
44. Legifrance. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004-810 août 13, 2004. [En ligne]. [cité 15 sept. 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158>
45. Legifrance. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016. [En ligne]. [cité 15 déc. 2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>
46. Legifrance. Décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé. [En ligne]. [cité 15 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/4/AFSZ1609256D/jo/texte>
47. Esop la Revue des équipes de soins primaires. Communautés professionnelles territoriales de santé : vers une approche populationnelle des équipes de soins primaires. Systèmes d'information DMP 2 : 9 départements en mode action. oct 2017;(6):24-5.
48. URML Normandie. Le point sur les messageries sécurisées en Normandie [En ligne]. 2016 [cité 17 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.urml-normandie.org/7712-le-point-sur-la-messagerie-securisee-en-normandie/>
49. 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) [En ligne]. 2013 [cité 16 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr>
50. Gambiez Joumard A, Vallée J. 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. [En ligne]. 2011. [cité le 12 janv. 2017]. Disponible sur: <https://www.exercer.fr/numero/98/page/122/pdf/>

51. Institut National du Cancer, BVA. Les Français face au dépistage des cancers. Synthèse des résultats de la 2e vague de l'enquête barométrique. [En ligne] 2009. [cité 7 févr. 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/content/download/63390/570429/file/ENQBAROFR09.pdf>
52. Everett T, Bryant A, Griffin MF, Martin-Hirsch PP, Forbes CA, Jepson RG. Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening. In: Cochrane Database of Systematic Reviews. [En ligne]. John Wiley & Sons, Ltd; 2011. [cité 12 nov. 2017] Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002834.pub2/abstract>
53. Institut National du Cancer. Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus. Enquête d'opinion auprès de 1 000 femmes. Étude médico-économique Phase 1, appui à la décision. [En ligne]. 2015 [cité 2 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Vers-un-depistage-organise>
54. Tacquet C. Evaluation de l'intérêt de la prévention ciblée par courriel, dirigée par le médecin traitant sur le niveau de connaissances des patientes en médecine générale. Etude menée auprès des patientes de 18 à 65 ans, sur le thème du cancer du col de l'utérus, par autoquestionnaire dans deux cabinets médicaux de l'Eure [En ligne]. Thèse de médecine. Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen: Université de Rouen; 2016 [cité 5 oct 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01369273/document>
55. URML Normandie. La gynécologie, parlez-en à votre médecin traitant [En ligne]. 2017 [cité 7 déc. 2017]. Disponible sur: <https://www.urml-normandie.org/10679-gynecologie-parlez-a-medecin-traitant/>
56. Humeau-Aubin S. Gynécologie médicale et médecine générale état des lieux et perspectives à partir d'une enquête menée auprès de 40 médecins généralistes, 10 résidents et 154 patientes. [En ligne]. Thèse de médecine. Université de Nantes; 2004. [cité 7 nov. 2017]. Disponible sur: <https://nantilus.univ-nantes.fr/vufind/Record/PPN084356650>
57. 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 [En ligne]. Thèse de médecine. Faculté de médecine : Université de Poitiers; 2013 [cité 13 nov 2016]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/62bd3a15-c39a-4613-ace3-54e608bfe46b>
58. Lurie N, Margolis KL, McGovern PG, Mink PJ, Slater JS. Why do patients of female physicians have higher rates of breast and cervical cancer screening? [En ligne]. J Gen Intern Med. janv 1997;12(1):34-43. [cité 7 nov. 2017]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1497051/>
59. Poncet L, Rigal L, Panjo H, Gautier A, Chauvin P, Menvielle G, et al. Disengagement of general practitioners in cervical cancer screening. [En ligne]. Eur J Cancer Prev. nov 2016;25(6):547. [cité 7 déc. 2017]. Disponible sur: http://journals.lww.com/eurjcancerprev/Abstract/2016/11000/Disengagement_of_general_practitioners_in_cervical.9.aspx

60. Jacquet E. Impact de la ROSP sur le dépistage du cancer du col de l'utérus en médecine générale. Etude en Dordogne et en Gironde entre 2011 et 2014. [En ligne]. Thèse de médecine. UFR des Sciences Médicales : Université de Bordeaux; 2015. [cité 5 janv 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01253194/document>
61. Martini F. Influence de la rémunération à la performance sur le dépistage des cancers du sein et utérin : Étude réalisée chez les Maîtres de Stage des Universités du Nord-Pas-de-Calais [En ligne]. Thèse de médecine. Faculté de médecine Henri Warembourg : Université de Lille 2 Droit et Santé; 2014 [cité 11 janv 2017]. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/95fd05b7-1d9e-4b45-be0f-8014ecf338b3>
62. Arbyn M, Verdoodt F, Snijders PJF, Verhoef VMJ, Suonio E, Dillner L, et al. Accuracy of human papillomavirus testing on self-collected versus clinician-collected samples: a meta-analysis. [En ligne]. *Lancet Oncol.* févr 2014;15(2):172-83. [cité 22 nov. 2017]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24433684>
63. Haguenoer K, Giraudeau B, Sengchanh S, Gaudy-Graffin C, Boyard J, de Pinieux I, et al. Performance de l'auto-prélèvement vaginal sec pour la détection des infections à papillomavirus à haut risque oncogène dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus : une étude transversale. [En ligne]. *Bull Epidémiol Hebd.* 2014;(13-14-15):248-54. 2014; [cité 13 janv. 2017]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/beh/2014/13-14-15/2014_13-14-15_6.html
64. Haguenoer K, Boyard J, Sengchanh S, Gaudy-Graffin C, Fontenay R, Marret H, et al. L'auto-prélèvement vaginal est une méthode efficace pour augmenter la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus : un essai randomisé en Indre-et-Loire. [En ligne] *Bull Epidémiol Hebd.* 2017;(2-3):59-65. [cité 21 oct 2017]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/2017_2-3_5.html

Annexes

Annexe 1 : DRSM Normandie. Résultats ROSP Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

- Indicateur du dépistage du cancer du col de l'utérus en Seine Maritime et dans l'Eure.

Les indicateurs sont calculés pour les bénéficiaires :

- qui ont eu recours à des soins,
- qui ont été remboursés lors des 12 mois précédant la période de calcul,
- qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant et qui n'en ont pas changé au cours de l'an
- affiliés au Régime Général (hors SLM), RSI, MSA et 3 autres régimes (CNMSS, CRPCEN, CAVIMAC)

Les indicateurs sont calculés sur les praticiens éligibles actifs et conventionnés avec au moins 20 patientes âgées entre 25 et 65 ans ayant déclaré le médecin comme médecin traitant.

Médecins de l'Eure

Année	Nombre de patientes âgées de 25 à 65 ans ayant eu au moins un frottis dans les 3 ans (quel que soit le prescripteur)	Nombre de patientes âgées de 25 à 65 ans	Part des patientes âgées de 25 à 65 ans ayant eu au moins un frottis dans les 3 ans (quel que soit le prescripteur)
2011	66 747	113 899	0,59
2012	65 593	113 412	0,58
2013	66 434	114 650	0,58
2014	63 882	114 782	0,56
2015	62 784	113 568	0,55
2016	60 167	114 163	0,53

Médecins de la Seine-Maritime

Année	Nombre de patientes âgées de 25 à 65 ans ayant eu au moins un frottis dans les 3 ans (quel que soit le prescripteur)	Nombre de patientes âgées de 25 à 65 ans	Part des patientes âgées de 25 à 65 ans ayant eu au moins un frottis dans les 3 ans (quel que soit le prescripteur)
2011	146 469	259 515	0,56
2012	146 256	259 895	0,56
2013	145 191	256 992	0,56
2014	143 697	257 447	0,56
2015	143 151	255 996	0,56
2016	140 231	253 152	0,55

Annexe 2 : Densité des gynécologues médicaux, sages-femmes et médecins généralistes

Gynécologues médicaux : densité pour 100 000 femmes de 15 ans ou plus

<i>Régions & Départements</i>	2012	2013	2014	2015
France entière	13,41	12,93	12,39	11,75
Eure	5,75	5,32	4,07	1,62
Seine-Maritime	12,29	11,17	10,61	4,93

Source : Eco-Santé France, Régions & Départements - Mise à jour : Avril 2016

Sages-femmes libérales : densité pour 100 000 femmes de 15 ans ou plus

<i>Régions & Départements</i>	2012	2013	2014	2015
France entière	10,55	11,48	12,29	13,52
Eure	4,93	5,32	4,88	3,64
Seine-Maritime	6,15	6,14	6,14	4,26

Source : Eco-Santé France, Régions & Départements - Mise à jour : Avril 2016

Médecins généralistes libéraux : densité pour 100 000 habitants

<i>Régions & Départements</i>	2012	2013	2014	2015	2016	2017
France entière	83,1	81	78,6	76,7	74,8	73,3
Eure	66,9	66	65,4	64,3	64,3	63,3
Seine Maritime	78,6	77,4	75,7	74,2	73,6	72,4

Source : CNOM Cartographie interactive de la démographie médicale

Dépistage du cancer du col de l'utérus par les médecins généralistes de l'Eure

*Obligatoire

1. Vous êtes ? *

Une seule réponse possible.

- Une femme
 Un homme

2. Quel est votre âge ? *

3. Depuis combien d'années êtes-vous installé ? *

Une seule réponse possible.

- Moins de 10 ans
 Entre 10 et 20 ans
 Plus de 20 ans

4. Dans quelle zone exercez-vous ? *

Une seule réponse possible.

- Rurale
 Urbaine

5. Quel est votre mode d'exercice ? *

Une seule réponse possible.

- Seul
 En cabinet de groupe

6. Etes-vous maître de stage universitaire ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

7. Quelle est votre distance avec le gynécologue le plus proche ? *

Une seule réponse possible.

- Moins de 10 km
 Entre 10 et 20 km
 Supérieure à 20 km

8. Avez-vous le Diplôme Inter Universitaire de Gynécologie ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 En cours de validation

9. Comment avez-vous été formé à la réalisation de frottis cervico utérin ? (Plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Formation universitaire (externat/internat)
 Formation Médicale Continue
 Auto - apprentissage, " sur le tas "
 Vous n'avez pas reçu de formation à ce geste
 Autre :

10. En pratique, vérifiez-vous que vos patientes sont à jour dans leurs frottis ? *

Une seule réponse possible.

- 0 1 2 3 4 5
dans aucun cas dans tous les cas

11. Recevez-vous les résultats de frottis de vos patientes lorsqu'ils sont réalisés par un autre intervenant que vous ? *

Une seule réponse possible.

- 0 1 2 3 4 5
dans aucun cas dans tous les cas

12. Mettez-vous systématiquement à jour le dossier patient lorsque vous recevez un résultat de frottis réalisé par vous ou par un autre intervenant ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

13. Quel système de rappel utilisez-vous dans le dossier patient pour les frottis ? (Plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Aucun
 Rappel automatisé dans le logiciel médical
 Note dans le dossier médical informatisé
 Note dans le dossier médical papier
 Autre :

14. **Avez-vous des brochures, posters ou messages vidéos concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus à destination des patientes dans votre cabinet ou salle d'attente ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

15. **Si vous avez signé la convention de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP), quel est le pourcentage de vos patientes de 25 à 65 ans ayant réalisé un frottis dans les 3 ans pour l'année 2016 ?**

16. **Réalisez-vous des frottis cervico utérins ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui *Passez à la question 17.*
 Non *Passez à la question 22.*

Vous réalisez des frottis

17. **Combien de frottis réalisez-vous en moyenne par mois ? ***

18. **Qui est le plus souvent à l'initiative de la réalisation du frottis ? ***

Une seule réponse possible.

- Vous même
 La patiente
 Autant vous que la patiente
 Autre :

19. **Dans quel contexte pratiquez-vous les frottis ? ***

Une seule réponse possible.

- Lors d'une consultation dédiée au frottis
 Au cours d'une consultation pour un autre motif non gynécologique
 Les 2

20. Selon vous, quels sont les facteurs favorisant la réalisation des frottis en médecine générale ? (Plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Etre une femme (médecin)
- Intérêt personnel pour la gynécologie
- Intérêt pour la réalisation de gestes techniques (application de la formation pratique reçue)
- Suivi gynécologique par le médecin généraliste
- Disparition des gynécologues médicaux
- Accessibilité et proximité du médecin généraliste
- Relation de confiance entre médecin généraliste et patiente
- Autre :

21. Quels facteurs vous inciteraient à pratiquer plus de frottis ? (Plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Augmentation de la demande du fait de la disparition des gynécologues médicaux
- Meilleure rémunération de l'acte
- Consultation dédiée au dépistage
- Meilleur approvisionnement en matériel
- Formation à la prise en charge des frottis pathologiques
- Mise en place d'un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus
- Vous ne souhaitez pas ou vous ne pouvez pas faire plus de frottis quoi qu'il arrive
- Autre :

Passez à la question 26.

Vous ne réalisez pas de frottis

22. Informez-vous vos patientes sur l'intérêt, les modalités et les conséquences du frottis cervico utérin dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

23. Si vous ne réalisez pas de frottis vous-même à qui adressez-vous vos patientes ? (Plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Un(e) confrère généraliste
- Un gynécologue
- Une sage-femme
- Un laboratoire d'analyses médicales
- Autre :

24. Si vous ne réalisez pas de frottis, quelles en sont les raisons ? (Plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Manque de temps
- Manque d'intérêt personnel
- Manque de formation théorique ou pratique
- Manque de matériel
- Réticence / pudeur de la part de la patiente
- Gêne de votre part
- Gynécologue ou sage femme à proximité
- Rapport rémunération / temps passé défavorable
- Cotation de l'acte compliquée
- Manque de coordination entre généraliste et gynécologue
- Autre :

25. Quels éléments vous inciteraient à pratiquer des frottis dans votre cabinet ? (Plusieurs réponses possibles) *

Plusieurs réponses possibles.

- Formation pratique à la réalisation du prélèvement
- Formation à la prise en charge des frottis pathologiques
- Consultation dédiée au dépistage
- Meilleure rémunération de l'acte
- Meilleur approvisionnement en matériel
- Mise en place d'un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus
- Augmentation de la demande du fait de la disparition des gynécologues médicaux
- Aucun, vous ne souhaitez pas en faire quoi qu'il arrive
- Autre :

Passez à la question 26.

26. Commentaires libres

Fourni par

 Google Forms

Annexe 4 : e-mail d'accompagnement du questionnaire

Chers confrères, chères consœurs,

J'ai le plaisir de vous contacter aujourd'hui pour solliciter votre aide dans le cadre d'un projet de thèse concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus par les médecins généralistes de l'Eure.

En effet, l'Eure est l'un des départements les plus touché par ce cancer responsable d'environ 3000 nouveaux cas et 1000 décès par an en France.

Une particularité de l'Eure est que le taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus reste relativement stable alors que la démographie médicale est en forte baisse et les gynécologues médicaux disparaissent (par opposition à la Seine-Maritime où la couverture est assurée par un nombre bien plus important de professionnels de santé).

Actuellement interne en 6ème semestre de médecine générale, je réalise donc une étude pour ma thèse dont l'objectif est d'analyser la stratégie actuelle des médecins généralistes de l'Eure pour maintenir le taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 65 ans.

Ma thèse est dirigée par le Dr Laure LEFEBVRE, médecin généraliste à Louviers et maître de stage auprès de la faculté de médecine de Rouen. Il s'agit d'une étude anonyme qui sera menée auprès des médecins généralistes libéraux installés dans l'Eure, grâce à un questionnaire en ligne.

Pourriez-vous, s'il vous plait, nous aider pour cette étude en complétant le questionnaire auquel vous pourrez accéder grâce au lien ci-dessous ?

<https://goo.gl/forms/vM2h8ekjVcUwKoKK2>

En vous remerciant pour le temps que vous y consacrerez et pour votre précieuse contribution. Je souhaiterais une réponse **avant le 30 juin 2017**, date à laquelle je ne pourrais plus prendre en compte vos réponses. Pour plus d'informations, je reste disponible par mail si vous le souhaitez.

Bien fraternellement,

Aurore Couturier

Résumé

Introduction : En France, le cancer du col de l'utérus est responsable de 1100 et de 3000 nouveaux cas par an. Un dépistage par frottis cervico utérin trisannuel est recommandé chez les femmes de 25 à 65 ans. La pratique de ce dépistage en médecine générale est influencée par la densité de gynécologues sur territoire. Le but de cette étude est de décrire la stratégie des médecins généralistes de l'Eure et leurs motivations pour maintenir le dépistage du cancer du col utérin face à la pénurie de praticiens.

Matériel et Méthode : étude quantitative observationnelle descriptive sur les pratiques des médecins généralistes libéraux installés dans l'Eure.

Résultats : 75 médecins inclus, 89,3% pratiquaient les frottis eux-mêmes, avec une moyenne de 4,8 frottis réalisés par mois. Les frottis étaient réalisés à l'initiative du médecin (57%), lors de consultation dédiée (54%). Les facteurs favorisant cette pratique étaient : la réalisation du suivi gynécologique par le généraliste (82%), la relation de confiance médecin-malade (69%) et la proximité/accessibilité du médecin généraliste (69%). Cette activité pourrait augmenter avec la mise en place du dépistage organisé (60%) et l'augmentation de la demande en rapport avec une diminution du nombre de gynécologues (57%).

Conclusion : La majorité des médecins généralistes de l'Eure pratiquent eux-mêmes des frottis cervico utérins permettant un maintien du dépistage du cancer du col de l'utérus, défiant ainsi l'absence d'autres effecteurs (gynécologues, sages-femmes). Cependant l'effondrement démographique pourrait balayer tous ces efforts dans les années à venir.

Mots clés : médecine générale, dépistage, cancer du col de l'utérus, frottis cervico-utérin, prévention.