



État des lieux de la pratique du frottis cervico-utérin par les médecins généralistes de Picardie

Hélène Adriansen

► To cite this version:

Hélène Adriansen. État des lieux de la pratique du frottis cervico-utérin par les médecins généralistes de Picardie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01785832

HAL Id: dumas-01785832

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01785832>

Submitted on 4 May 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.

UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNES
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS



Année 2017

N° 2017 - 55

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 20 JUIN 2017 À AMIENS
PAR HÉLÈNE ADRIANSEN
NÉE LE 10 AVRIL 1989 À COMPIÈGNE

**ÉTAT DES LIEUX DE LA PRATIQUE
DU FROTTIS CERVICO-UTÉRIN PAR
LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE PICARDIE**

Président du jury : Monsieur le Professeur Denis CHATELAIN

Membres du jury : Monsieur le Professeur Henri COPIN
Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK,
Monsieur le Professeur Bruno CHAUFFERT,

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur François-Xavier DE COLNET

REMERCIEMENTS

A mon Maître et Président de jury,

Monsieur le Professeur Denis CHATELAIN,

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Anatomie et cytologie pathologique)

Vous me faites l'honneur d'être le président de mon jury de thèse après avoir été un de mes professeurs en amphithéâtre, veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance pour avoir accepté de juger ce travail sans aucune hésitation.

A mon Maître,

Monsieur le Professeur Henri COPIN,

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Histologie-Embryologie-Cytogénétique)

Chef du Service de Médecine et Biologie de la Reproduction et de
Cytogénétique et CECOS de Picardie

Pôle "Femme - Couple - Enfant"

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse après avoir été l'un de mes premiers professeurs en amphithéâtre, je me souviens de vos cours comme s'ils dataient d'hier. Merci de participer au jugement de ce travail, soyez assuré de mes remerciements et de ma respectueuse considération.

A mon Maître,

Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK,

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier consultant

(Pharmacologie fondamentale clinique)

Ancien Directeur du Centre Régional de Pharmacovigilance d'AMIENS

Ancien Responsable du service de pharmacologie clinique

Pôle Biologie, Pharmacie et Santé des populations

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de siéger parmi les membres du jury et de juger ce travail, veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Bruno CHAUFFERT

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Chef du service d’Oncologie médicale

CHU d’AMIENS

Vous avez accepté sans hésiter d’être l’un des membres de ce jury, merci de votre disponibilité. Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse, veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et ma sincère reconnaissance.

A mon directeur de Thèse,

Monsieur le Docteur François-Xavier DE COLNET,

Médecin généraliste

C'est à tes côtés que j'ai découvert ce qu'était la médecine générale, tu m'as reçue en tant que maitre de stage lorsque j'étais en 5^{ème} année de médecine, tu m'as soutenue et permis de réaliser mon premier remplacement en janvier 2016. Tu as répondu à mes questions les plus naïves tout au long de ces années. Tu m'as fait l'honneur de diriger cette thèse. Tu m'as montré la voie et m'a confortée dans mon choix pour la médecine générale. Je t'en suis très reconnaissante.

A mon amour Benjamin,

Je suis heureuse de me réveiller chaque jour à tes côtés et de m'endormir chaque soir à tes côtés, tu me protèges et me combles de bonheur au quotidien, tout est simple à tes côtés, ta présence dans ma vie est désormais indispensable, je ne te remercierai jamais assez pour tout ce que tu fais pour moi au quotidien, Je suis très heureuse d'être ta future femme, je t'aime infiniment,

A mon Papa,

Tu as fait le choix de nous quitter il y a maintenant 8 ans, Saches que chaque jour je pense à toi, saches que chaque jour je m'en veux, je n'aurai pas réussi à te garder à mes côtés ... J'espère que de là-haut, tu es tout de même fier de moi ce jour, saches que je t'aime fort,

A ma Maman,

Tu es mon plus grand soutien depuis le premier jour, toujours présente dans les bons comme dans les mauvais moments, tes paroles sont toujours rassurantes, je te dois une grande partie de ma réussite de par ton soutien sans faille et quotidien durant toutes ces années, Merci pour tout ton amour et tes encouragements sans égal, sache que je serai toujours là pour toi, que tu pourras toujours compter sur moi, je t'aime très fort,

A mon petit frère Matthieu,

Dont je suis si proche, avec qui j'ai partagé tellement d'évènements de la vie, on se ressemble, on se comprend, je sais que tu seras toujours là pour moi et saches que je serai toujours là pour toi... Merci pour tout le soutien que tu m'as apporté durant toutes ces années. Même si l'on ne s'appelle pas tous les jours, quand on se retrouve, c'est tout comme ...

Merci également à Salma de rendre mon frère si heureux, et encore toutes mes félicitations pour ce beau mariage,

A mon grand-père,

Ce grand homme intelligent et courageux à qui je dois ma présence ce jour de par son soutien durant toute la durée de mes études,

A ma grand-mère,

Toi aussi de là-haut, tu dois être fière de moi, tu adorais la médecine, je prouve une fois de plus ce jour à quel point nous nous ressemblons,

A mon grand frère Touf, à Jen et Titi, pour leur soutien et leur bonne humeur infaillible,

A mon petit Clovis, qui aura été assis à côté de moi durant toute l'élaboration de cette thèse,

Merci à ma belle-famille que j'aime énormément,

À l'ensemble de mes amis et de ma famille toujours présents, vous m'avez aidé à arriver jusqu'ici.

Merci à mes co-internes pour ce soutien sans faille, cette complicité et nos fous rires même dans les moments les plus difficiles !!

Un grand merci en particulier à ces co-internes qui sont devenues de véritables amies : Olivia, Suzanne, Honorine et Julie,

A Laure, qui m'aura beaucoup écoutée et soutenue durant une période difficile de ma vie, je t'ai fait faire des heures sup' !! Félicitations pour l'arrivée de ton petit Camille,

Merci à mes Maîtres de stage de médecine générale qui ont forgé ma pratique et m'ont confortée dans mon choix pour la médecine générale. Un grand merci aux Docteurs DE COLNET, LALOYLAUX, LEJEUNE, LEBOS, BOCQUET et PELLERIN,

Merci à ces médecins qui m'ont fait confiance pour mes premiers remplacements, un grand merci en particulier aux Docteurs LEMIRE, CARON, CLIQUOT, CAPPE et LEBLOND.

Merci à l'ensemble des services m'ayant accueillie durant mon externat et mon internat afin d'apprendre la médecine, ainsi qu'aux équipes paramédicales, une pensée particulière pour l'équipe des urgences de Doullens, des urgences pédiatriques de Compiègne et le CSG de Compiègne,

Merci aux médecins généralistes picards qui ont participé à ce travail, mes sincères remerciements pour le temps que vous m'avez consacré,

Et enfin un grand merci à Madame Stéphanie Cuissette qui m'a toujours reçue avec le sourire et qui a répondu à mes nombreux mails, merci de m'avoir aidée à élaborer cette thèse,

A toutes les personnes qui m'ont fait l'honneur d'être présentes le jour de ma soutenance, merci.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	13
I. INTRODUCTION	14
I.1 Epidémiologie du cancer col de l'utérus,	16
I.2. Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus.....	18
I.2.1 L'infection à Human Papillomavirus. Mode de transmission,	19
I.2.2. Les lésions précancéreuses et cancéreuses,	20
I.2.3. Facteurs favorisant la persistance de l'infection à HPV ou cofacteurs de l'évolution vers des lésions cancéreuses	22
I.2.4. Facteurs protecteurs de l'infection à HPV,.....	22
I.3. Le frottis cervico-utérin : le test de dépistage	23
I.4. La démographie médicale	25
I.5. Le frottis et la rémunération à la performance.....	26
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE	27
II.1. Type d'étude.....	27
II.2. La méthode.....	27
II.3. Sélection de l'échantillon	27
II.4. Le questionnaire.....	28
II.5. L'analyse statistique	28
III. RÉSULTATS	29
III.1. Taux de réponses	29
III.2. Population totale de l'étude	29
III.2.1. Caractéristiques des médecins répondants et leur pratique quotidienne	29
III.2.2. Pratique de la gynécologie chez nos médecins répondants.....	30
III.2.3. Fréquence de la réalisation des FCU par les médecins généralistes répondants.....	31
III.2.4. Nos médecins généralistes répondants et les gynécologues	32
III.3. Médecins ne réalisant pas de frottis	33
III.3.1. Caractéristiques de la population : « médecins ne réalisant pas de frottis »	33
III.3.2. Pratique de la gynécologie chez nos médecins ne réalisant pas de frottis.....	34
III.3.3. Types d'informations données par les médecins ne réalisant pas de frottis à leurs patientes sur les FCU	35
III.3.4. Motifs de non réalisation des FCU par ces derniers	35
III.3.5. Professionnels de santé à qui sont adressées les patientes pour la réalisation de leur frottis ..	36
III.3.6. Prescription de frottis hors recommandation	36
III.3.7. Réticences que les médecins généralistes ne réalisant pas de frottis retrouvent chez leurs patientes.....	37
III.3.8. Les éléments qui inciteraient les médecins ne réalisant pas de frottis à en réaliser	37
III.3.9. Rémunération sur objectif de santé publique chez les médecins ne réalisant pas de frottis....	38
III.3.10. ROSP et incitation à prescrire plus de FCU.....	39
III.3.11. Médecins ne réalisant pas de frottis et dépistage organisé.....	39
III.4. Médecins réalisant des frottis	40
III.4.1. Caractéristiques de la population : « médecin réalisant des frottis »	40
III.4.2. Pratique de la gynécologie chez les médecins réalisant des frottis	41

III.4.3. Informations données par les médecins généralistes réalisant des frottis	42
III.4.4. Motivations des médecins généralistes à réaliser des frottis.....	42
III.4.5. Médecins généralistes réalisant des FCU et prescription hors recommandation	43
III.4.6. Réticences que les médecins généralistes réalisant des frottis retrouvent chez leurs patientes	44
III.4.7. Réalisation de frottis par d'autres professionnels de santé	44
III.4.8. Eléments qui inciteraient les médecins généralistes réalisant des frottis à en réaliser davantage.....	45
III.4.9. ROSP chez les médecins réalisant des frottis	45
III.4.10. ROSP et incitation à réaliser plus de FCU chez nos médecins réalisant des frottis	46
III.4.11. Médecins réalisant des FCU et dépistage organisé	46
III.5. Analyses bi-variées.....	46
IV. Discussion.....	48
IV.1. Résultat principal,.....	48
IV.1.a. Frottis et milieu d'exercice	48
IV.1.b. Frottis et gynécologie	49
IV.1.c. Frottis hors recommandation	49
IV.1.d. Frottis et rémunération sur objectif de santé publique.....	50
IV.1.e. Frottis et vaccination.....	50
IV.1.f. Dépistage organisé	51
IV.2. Résultats secondaires,	52
IV.2.a. Les motifs de non réalisation des frottis par nos médecins généralistes	52
IV.2.b. Les réticences retrouvées chez les patientes,	53
IV.2.c. Les motivations à la réalisation des frottis,.....	56
IV.2.d. Les éléments qui inciteraient les médecins généralistes à réaliser des frottis.....	56
IV.3. Forces et biais de l'étude	58
IV.3.a. Les biais.....	58
IV.3.b. Limites de l'étude	60
IV.3.c. Les forces de l'étude.....	60
IV.4. Notre étude par rapport aux données de la littérature	61
IV.5. Perspectives d'évolution.....	61
IV.5.a. Le dépistage organisé	62
IV.5.b. Un dépistage organisé mais pas que ?	63
IV.5.c. Vers une révolution ?.....	64
V. CONCLUSION.....	65
VI. ANNEXES.....	67
Annexe 1 : Questionnaire adressé aux médecins généralistes de Picardie	68
Annexe 2 : Lettre accompagnant le questionnaire adressé aux médecins généralistes	72
VII. BIBLIOGRAPHIE	73

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADN	Acide Désoxyribonucléique
ASC-H	Atypie cellulaire malpighienne ne permettant pas d'exclure une lésion de haut grade
ASC-US	Atypie cellulaire de signification indéterminée
CCU	Cancer du col de l'utérus
CIN	Néoplasie cervicale intraépithéliale
EGB	Echantillon Généraliste des Bénéficiaires
EPP	Evaluation des pratiques professionnelles
FCU	Frottis cervico-utérin
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut Conseil de Santé Public
HPV	Papillomavirus Humain
HSIL	Lésion malpighienne intra-épithéliale évoquant une lésion de haut grade
INCa	Institut National du cancer
IST	Infection sexuellement transmissible
LSIL	Lésion malpighienne intra-épithéliale évoquant une lésion de bas grade
MG	Médecin généraliste
OMS	Organisation mondiale de la santé
ROSP	Rémunération sur Objectif de Santé Publique
Test HPV	Recherche de l'ADN viral des papillomavirus oncogènes
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

I. INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus est une pathologie d'origine infectieuse due à un virus : le Papilloma Virus Humain (HPV). C'est le premier cancer à être reconnu par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme étant attribuable dans 100 % des cas à une infection virale. Il est transmis par voie sexuelle et il s'agit d'une des infections sexuellement transmissibles les plus fréquentes (IST) avec 30 millions de nouveaux cas par an [1].

Il y a dans le monde chaque année environ 528 000 nouveaux cas et ce cancer est responsable d'environ 250 000 décès par an (progression prévue pour 2 050 : plus d'un million de nouveaux cas et la moitié de décès).

En France en 2015, le cancer du col de l'utérus (CCU) reste un véritable problème de santé publique, il s'agit du 2^{ème} cancer chez la femme de moins de 45 ans. Le pic d'incidence se situe à l'âge de 40 ans et le pic de mortalité à l'âge de 55 ans [2]. Cependant le cancer du col est un cancer évitable !

En effet, il existe un test de dépistage simple, facilement réalisable au cabinet : le frottis cervico utérin (FCU) qui permet de diagnostiquer et de traiter des lésions pré-invasives ou des cancers à un stade précoce. Ainsi, la survie nette à 5 ans est de l'ordre de 91,5 % à un stade local de la maladie et seulement de 17,2% à un stade métastatique. Promouvoir des diagnostics précoces est donc un levier majeur d'amélioration de la prise en charge. Ainsi selon l'institut National du cancer, 90 % des cancers du col de l'utérus pourraient être évités avec un frottis réalisé dans l'intervalle recommandé, c'est-à-dire tous les 3 ans [3].

A ce test de dépistage, s'associe le vaccin depuis l'année 2007 qui constitue une prévention primaire et protège contre certains génotypes oncogènes des Papillomavirus qui sont à l'origine de 70 % des cas de cancers du col de l'utérus [4].

Cependant, la Picardie, notre région, fait partie des régions françaises avec la plus forte incidence de cancer du col de l'utérus avec 7,4 cas pour 100 000 femmes et le plus fort taux de mortalité par ce cancer. Ces résultats sont en lien direct avec la pratique du FCU : en Picardie le recours au dépistage est nettement en retrait (50,8%) par rapport aux résultats nationaux (56,6%). L'Aisne et la Somme contribuent fortement à ce constat avec un recours au dépistage de respectivement 39,60 % et 45,50%.

Il est donc légitime de se demander pourquoi en connaissant la gravité de cette maladie, sa fréquence et l'existence d'un test de dépistage simple qui permet la prévention d'un stade invasif, il était si peu réalisé par les médecins généralistes.

Afin de pallier à cette carence, ce dépistage qui est individuel tend à devenir un dépistage organisé, il est d'ailleurs l'un des objectifs phare du Plan cancer 2014-2019. Dans 13 départements pilotes français, le dépistage organisé a d'ailleurs déjà montré la preuve de son efficacité. La généralisation de ce dépistage est prévue pour 2018 à l'ensemble du territoire [5 ; 6].

L'objectif principal de cette thèse est donc de faire l'état des lieux de la pratique du FCU par les médecins généralistes de Picardie et ainsi d'évaluer leur investissement.

Les objectifs secondaires permettraient de mettre en évidence quelles sont leurs motivations à la réalisation de ces frottis ou au contraire quels sont les freins qu'ils rencontrent et quels seraient les éléments qui les inciteraient à réaliser davantage de FCU ? Et si la mise en place d'un dépistage organisé est selon eux une bonne initiative ?

I.1 Épidémiologie du cancer col de l'utérus,

Dans le monde, il est la première cause de décès par cancer chez les femmes dans les milieux à faibles ressources.

Chaque année en Afrique subsaharienne, le cancer du col est diagnostiqué chez 34,8 femmes sur 100 000 et 22,5 sur 100 000 meurent de cette maladie. Ces chiffres sont à comparer à 6,6 diagnostics et 2,5 décès pour 100 000 femmes en Amérique du Nord. Il existe une grande inégalité de répartition de l'incidence selon les pays, ainsi 83 % des nouveaux cas de cancer invasifs surviennent dans les pays en voie de développement. Ces différences dramatiques peuvent en partie s'expliquer par le manque d'accès à un dépistage efficace, à des services de détection précoce et de traitement.

Dans les pays industrialisés, le dépistage des lésions précancéreuses a permis une diminution considérable de l'incidence et de la mortalité. Ainsi en 2005, il était le deuxième cancer le plus fréquent chez la femme dans le monde, il est désormais passé en 4^{ème} position en 2016 [2].

L'amélioration de la couverture par le dépistage et le vaccin ont pour but d'éradiquer ce cancer.

▲ Estimated Cervical Cancer Incidence Worldwide in 2012

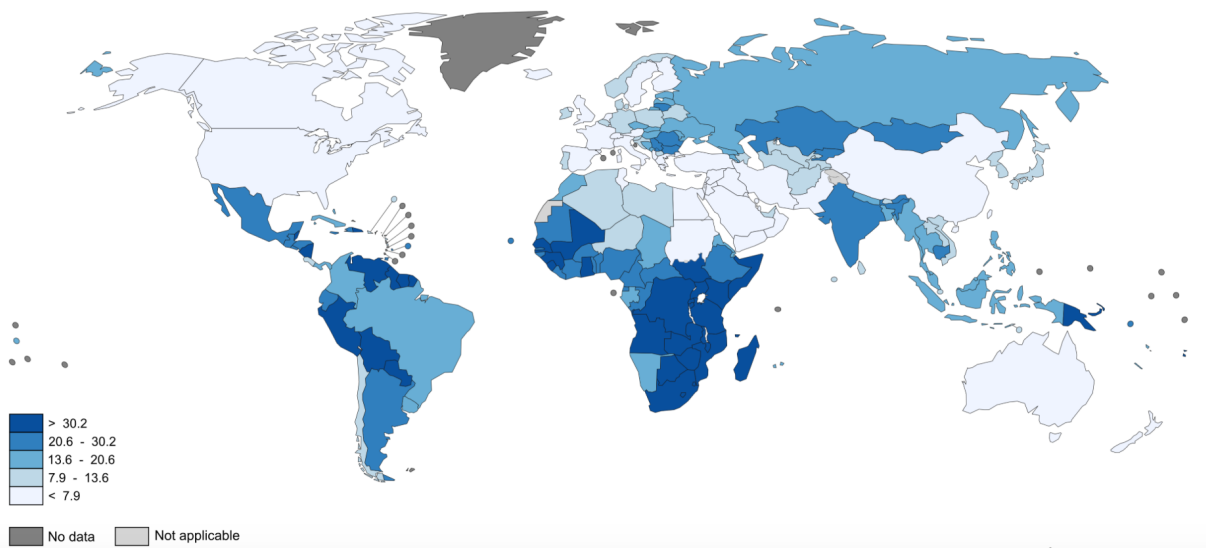


Figure 1 : Incidence estimée du cancer du col de l'utérus dans le monde en 2012. Données GLOBOSCAN 2012.

▲ Estimated Cervical Cancer Mortality Worldwide in 2012

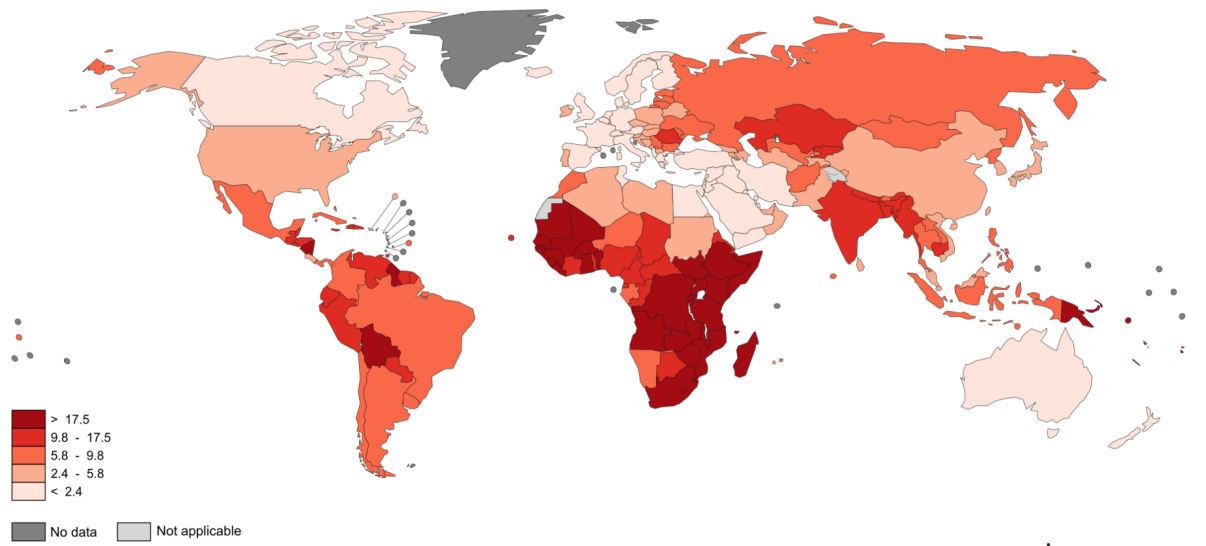


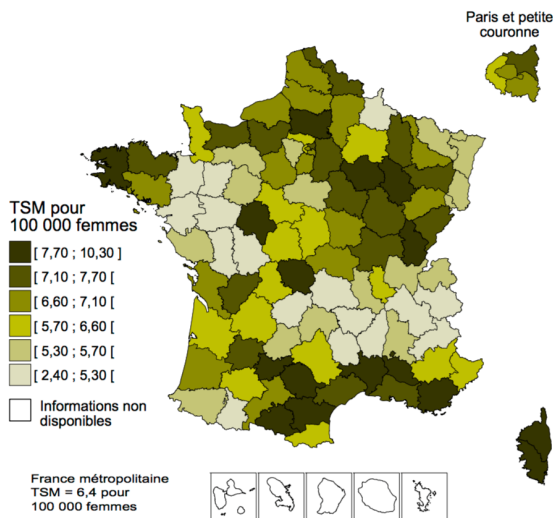
Figure 2 : Mortalité estimée du cancer du col de l'utérus dans le monde en 2012. Données GLOBOSCAN 2012.

En 2015, en France, le cancer du col était le onzième cancer chez la femme avec 2 797 cas estimés et le douzième le plus meurtrier avec 1 092 décès estimés. Le taux d'incidence est de 5,9 pour 100 000 femmes et le taux de mortalité de 1,8. La prévalence à 5 ans est de 12 374 femmes (46,8 pour 100 000) et à 10 ans : 22 325 (84,5/100 000) [2].

Pour autant, même dans notre pays, de nettes disparités géographiques sont à noter selon les régions. Ainsi, l'incidence du cancer du col de l'utérus est parmi la plus élevée en Picardie avec 7,4 cas pour 100 000 femmes ; elle fait également partie des régions où la mortalité est la plus élevée avec un taux standardisé de 2,5 pour 100 000 [7].

On estimait qu'en France en 1975 il y avait environ 22 cas de cancers invasifs pour 100 000 femmes, soit à l'échelon national 6 000 nouveaux cas et 3 000 décès. Vingt ans plus tard, en 1995, on estimait qu'il y avait environ 10 cas de cancers invasifs pour 100 000 femmes soit 3 200 cas et 1 600 décès.

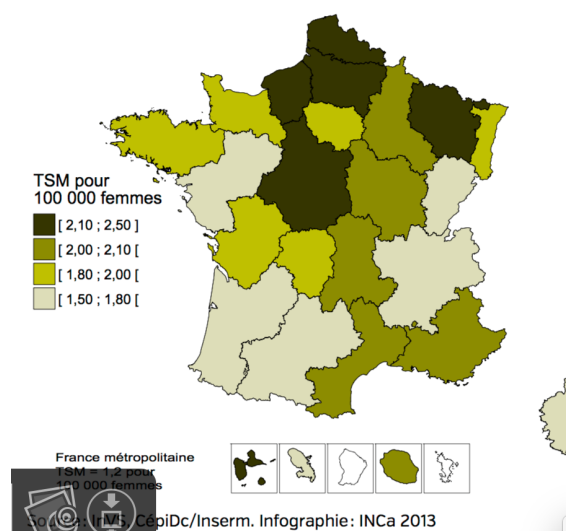
Depuis environ 20 ans, le plateau est donc relativement stable. La pratique du frottis en France n'arrive donc pas à faire baisser le nombre de nouveaux cas et de décès ; cela s'explique par la stagnation de ce dépistage et un dépistage mal ciblé.



Source: [Colonna M, à paraître]. Infographie: INCa 2014

Figure 3: Taux standardisés à la population mondiale d'incidence

du cancer du col utérin à l'échelle départementale en France 2014.



Source: CépiDc/Inserm. Infographie: INCa 2013

Figure 4: Taux standardisés à la population mondiale de mortalité

par cancer du col utérin à l'échelle régionale en France 2014.

1.2. Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus

L'histoire naturelle du cancer du col est un continuum lésionnel. Il s'agit d'une infection persistante à HPV oncogènes pouvant entraîner des lésions histologiques précancéreuses et par la suite un cancer invasif. Ces lésions précancéreuses régressent spontanément le plus souvent ; mais elles peuvent progresser (dans 3 à 10% des cas) vers un cancer invasif. On note un délai d'environ 5 ans entre une infection HPV et l'apparition d'une lésion précancéreuse, le cancer invasif nécessitant lui entre 10 et 25 ans pour apparaître [8].

L'infection génitale par un HPV survient surtout avant 30 ans, même si les infections plus tardives ne sont pas rares. Elle est la plupart du temps asymptomatique, d'où l'intérêt du frottis pour la diagnostiquer [9].

Il est estimé que 50 à 75 % des femmes de 15 à 44 ans sont ou ont été exposées au HPV. D'après l'étude de Boulanger et al. à Amiens, le pic de fréquence du portage d'HPV se situait entre 25 et 29 ans (19%) [11]. Il est extrêmement facile d'être contaminé, et ce, le plus souvent, dès les premières relations sexuelles. L'acquisition d'un virus HPV est donc un événement fréquent et banal chez toute femme sexuellement active.

I.2.1 L'infection à Human Papillomavirus. Mode de transmission.

Du latin *-papillo* (« mamelon ») et *oma* (« tumeur »), les Papillomavirus induisent des lésions exophytiques de la peau et des muqueuses. Le premier papillomavirus animal a été décrit en 1933 par Richard Shope qui a étudié les papillomes chez les lapins de garennes sauvages « verruqueux ». En 1975, Harald Zur Hausen a publié l'hypothèse que le virus du papillome humain a joué un rôle dans l'étiologie du cancer du col utérin, un travail pour lequel il a reçu le prix Nobel de médecine en 2008.

Les Papillomavirus Humains sont de petits virus (45 à 55 nm) constitués d'une capside icosaédrique. Cette capside, sorte de coque est faite d'un assemblage de 72 briques protéiques dénommées « capsomères ». Les capsomères sont formées de deux types de protéines dites L1 et L2 ; c'est contre la protéine L1 que sont dirigés les vaccins HPV.

Cette capside renferme le contenu du virus : ADN bicaténaire comportant environ 8 000 paires de bases. Cent quatre-vingt-neuf génotypes d'HPV ont été caractérisés. Parmi ceux-ci, 40 ont un tropisme spécifiquement génital [12]. Les HPV sont classés en 2 types (alpha et bêta) et plusieurs sous-types (génotypes) selon le degré d'homologie des séquences nucléotidiques.

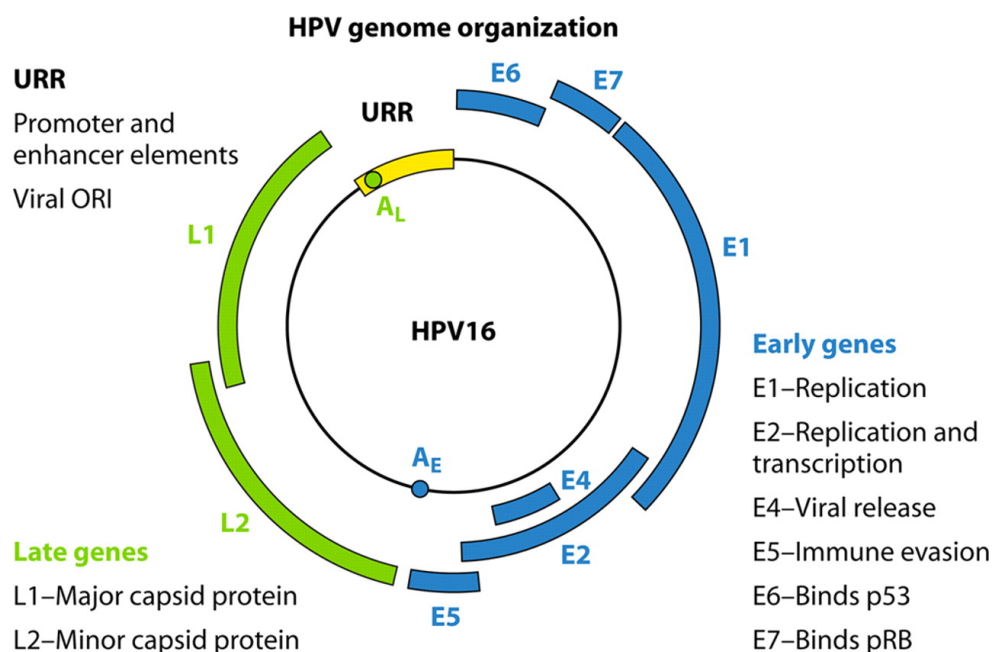


Figure 5 : Organisation du génome de l'HPV. Disponible sur Clinical Microbiology Reviews.

On distingue donc 2 classes parmi les HPV :

- les HPV à haut risque : identifiés dans les lésions précancéreuses puis cancéreuses du col de l'utérus. Ils sont par ordre de fréquence décroissante : les génotypes 16 (impliqués dans 55 % des cas), puis 18 (12 % des cas) ; viennent ensuite les génotypes 31, 33, 68, 45, 52 et 58.

- les HPV à bas risque (HPV-LR) : non oncogènes, qui sont exclusivement responsables de condylomes génitaux bénins ou condylomes acuminés. Ces lésions sont très contagieuses mais sans gravité potentielle. Il s'agit surtout des types 6 et 11 dans 90 % des cas. Le délai d'apparition des lésions est de 2 à 8 mois [12].

Les HPV ont pour cible les kératinocytes basaux des épithéliums malpighiens pluristratifiés. Ils arrivent à leur cible grâce à une brèche de cet épithélium habituellement au cours d'un rapport sexuel. L'intégration du génome viral (ADN) au génome de la cellule hôte qu'il infecte est l'évènement précoce de la cancérogenèse cervicale [13].

La contamination demeure néanmoins possible en l'absence de pénétration : le virus HPV n'est pas présent dans le sperme, mais on le trouve non seulement sur le gland, le fourreau de la verge et dans la cavité cervico-vaginale, mais aussi dans les cellules épidermiques de la région cutanée périnéale. D'autres modes de transmission beaucoup moins fréquents ont été décrits (périnatal, auto-contamination, objets souillés) en effet, les HPV peuvent résister dans le milieu extérieur.

1.2.2. Les lésions précancéreuses et cancéreuses.

L'histoire naturelle du carcinome épidermoïde du col de l'utérus comporte plusieurs lésions histologiques précancéreuses : les néoplasies cervicales intra-épithéliales (CIN).

Elles sont ainsi classées en deux grades selon le degré de désorganisation de l'épithélium par les cellules anormales [14]:

- Les lésions malpighiennes intraépithéliales de bas grade (LSIL) qui correspondent aux CIN1 (les cellules anormales touchent le tiers de l'épithélium),

- Les lésions malpighiennes intraépithéliales de haut grade (HSIL) qui correspondent aux CIN2 et CIN3 (elles touchent les deux tiers de l'épithélium ou toute son épaisseur),

L'étude d'Ostor s'est intéressée à la probabilité de chacune de ces évolutions [15] :

- Lésions CIN1 : régression dans 57 % des cas, persistance dans 32 % des cas. Progression vers une CIN supérieure : 11% et vers un cancer invasif : 1 %.
- Lésions CIN2 : régression dans 43 % des cas, persistance dans 35 % des cas. Progression vers une CIN supérieure : 22% et vers un cancer invasif : 5 %.
- Lésions CIN3 : régression dans 32 % des cas et persistance dans 56 % des cas. Progression vers un cancer invasif : plus de 12 % des cas.

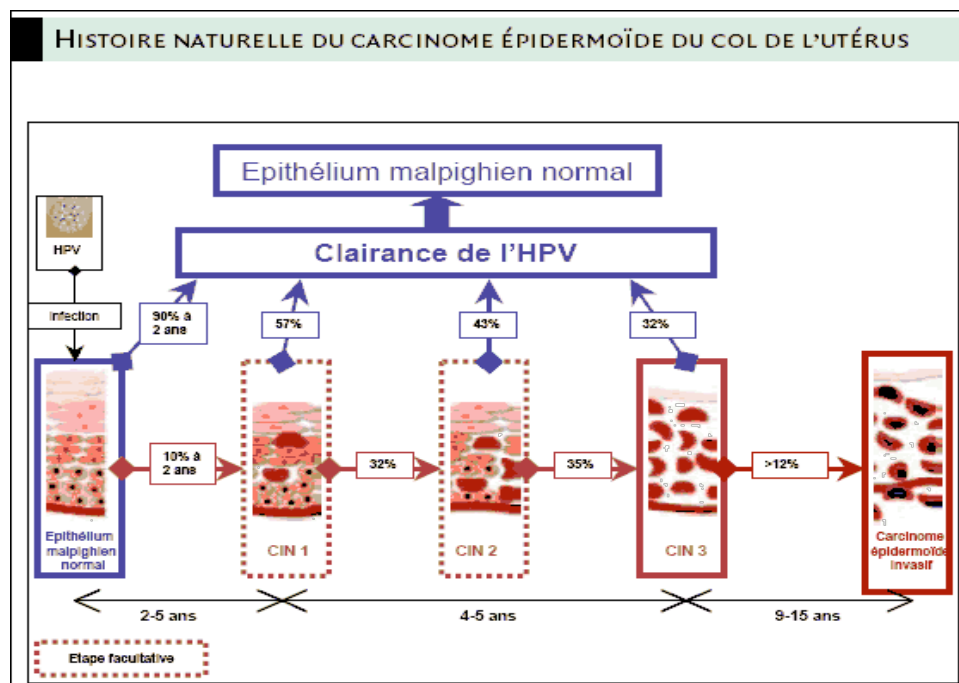


Figure 6 : Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus.

Le passage d'une lésion précancéreuse au cancer s'opère lorsque les cellules anormales affectent toute l'épaisseur de l'épithélium. Les FCU permettent donc de détecter ces lésions à un stade précoce et donc de supprimer les cellules anormales avant qu'elles ne franchissent la membrane basale.

I.2.3. Facteurs favorisant la persistance de l'infection à HPV ou cofacteurs de l'évolution vers des lésions cancéreuses

Il est établi avec certitude que l'infection persistante à HPV est une cause nécessaire, mais non suffisante, dans la genèse et le développement du cancer du col de l'utérus. Dans leur article, Castellsague et al. [16] ont mis en évidence plusieurs co-facteurs de risque :

Co-facteurs liés à l'hôte : Immunodéficience, capacités de réponse immunitaire propres à l'individu, facteurs génétiques, l'âge et la grossesse (zone de remaniement du col plus étendue ce qui accroît la sensibilité de la muqueuse) [25],

Co-facteurs liés au Papillomavirus humain : Génotypes 16 et 18, infection simultanée par plusieurs types oncogéniques, forte charge virale,

Co-facteurs exogènes : Tabagisme (risque multiplié par 7), co-infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), ou une autre IST (virus herpès simplex 2, Chlamydia Trachomatis et Neisseria Gonorrhoeae). Utilisation supérieure à 5 ans de contraceptifs oraux de type oestroprogestatifs. Récemment des facteurs nutritionnels ont également été évoqués, mais le seul qui semble le plus probablement impliqué est une concentration plasmatique élevée en homocystéine.

L'âge précoce du premier rapport sexuel, un nombre élevé de partenaires sexuels au cours de la vie ou des antécédents d'infections sexuellement transmissibles, sont associés à un risque plus élevé de contracter l'HPV, mais ne sont pas considérés comme des cofacteurs de la progression de l'infection à HPV vers le cancer du col utérin [17].

I.2.4. Facteurs protecteurs de l'infection à HPV,

Il s'agit principalement de l'existence depuis 2006 de deux vaccins : le Gardasil® (vaccin quadrivalent contre les souches HPV 6,11,16 et 18) et le Cervarix® (vaccin bivalent qui protège des souches HPV 16 et 18), qui rappelons-le sont à l'origine de 70 à 80 % des cancers du col de

l'utérus. La vaccination est recommandée pour toutes les jeunes filles de 11 à 14 ans. Elle est d'autant plus efficace que les jeunes filles n'ont pas été exposées au risque d'infection par l'HPV. Dans le cadre du rattrapage vaccinal elle est recommandée pour les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans.

Ainsi, une efficacité de plus de 98 % pour la prévention des dysplasies cervicales moyennes et sévères (CIN II et CIN III) induites par les HPV 16 et 18 a été démontrée par des essais randomisés, en comparant un groupe vaccination anti-HPV à un groupe témoin [22].

Pour les femmes plus jeunes, les modifications des comportements sexuels, avec en particulier l'utilisation des préservatifs, ont pu réduire le risque d'infection à HPV et donc de cancer. L'utilisation de préservatifs en systématique lors des pénétrations permet de réduire significativement (70 %) l'incidence de l'infection.

I.3. Le frottis cervico-utérin : le test de dépistage

Le cancer du col utérin est un candidat idéal pour la mise en place d'un programme de dépistage selon les critères de l'OMS définis en 1968. Il répond à ces différents critères :

- Il est un problème de santé publique,
- Il constitue une menace évitable,
- Son histoire naturelle est connue et passe par des phases précancéreuses dépistables et d'évolution lente : ainsi une dysplasie légère évolue au stade de carcinome en 10 à 25 ans,
- Ce test de dépistage est acceptable par la population,
- Il existe des traitements curables de ces lésions,

Il est d'ailleurs historiquement le cancer qui a bénéficié le premier d'un test de dépistage, dès les années 60. Le dépistage actuellement individuel en France est universellement jugé comme un moyen de prévention efficace.

Il repose sur un test cytologique : le frottis cervico-utérin qui permet de détecter des cellules anormales. Les lésions pré-invasives du col de l'utérus sont le plus souvent asymptomatiques et inapparentes à l'examen au spéculum réalisé à l'œil nu.

Le FCU est recommandé chez toutes les femmes de 25 à 65 ans tous les trois ans, après deux frottis négatifs réalisés à un an d'intervalle (sauf celles ayant subi une hystérectomie totale et celles n'ayant jamais eu de rapport sexuel). Il existe cependant des cas particuliers, pour lesquels un frottis est recommandé tous les ans : femmes atteintes du VIH, femmes sous immunosuppresseurs, femmes exposées au Distilbène. Le FCU devra être effectué en respectant certaines conditions : à distance d'un rapport sexuel (48h), en dehors des périodes menstruelles, en l'absence de tout traitement local ou d'infection et si nécessaire après traitement oestrogénique chez la femme ménopausée [18].

Ce dépistage doit être également effectué chez les femmes vaccinées qui ne sont pas protégées contre l'infection par des génotypes viraux non contenus dans le vaccin et responsables de 50 % des lésions précancéreuses et de 20 à 30 % des cancers invasifs.

La procédure décrite par le docteur Georgios Papanicolaou en 1943 consiste à prélever des cellules du col de l'utérus (jonction endocol et exocol). Le matériel prélevé est ensuite étalé et fixé sur une lame dans le cas d'un frottis « sur lame » ou mis en suspension dans un flacon contenant du liquide de conservation dans le cadre d'un frottis « en phase liquide ». En 2010, la Haute Autorité de Santé (HAS) conclut à l'absence de différence dans la performance de ces 2 techniques.

Mais, le frottis en milieu liquide réduit significativement le nombre de frottis non interprétable. Il permet en revanche de faire d'autres examens sur le matériel résiduel, en particulier de réaliser, suite à un frottis classé ASC-US (atypie cellulaire de signification indéterminée) un test de recherche de l'ADN viral des HPV oncogènes [19].

Ces prélèvements sont ensuite interprétés dans une structure d'anatomo-cytopathologie, qui détermine le type et le degré de gravité de l'anomalie cytologique éventuelle selon le système de Bethesda 2001.

Tout FCU jugé anormal doit être suivi d'investigations diagnostiques complémentaires (FCU de contrôle, test HPV, colposcopie-biopsie, conisation diagnostique...) selon des modalités qui ont fait l'objet de recommandations récente de la HAS [20]. La confirmation diagnostic de cancer du col de l'utérus se fait après analyse d'échantillons de biopsies cervicales centrées sur les zones lésionnelles.

Les données de la littérature suggèrent une baisse de l'incidence des cancers du col de l'utérus et de la mortalité relative à cette pathologie, faisant suite à la mise en place de programme de dépistage par FCU : 6 études longitudinales totalisant 1,4 million de femmes (1968-1994, Canada, Danemark, Finlande, Islande, Norvège et Suède) bénéficiant du dépistage organisé de l'âge de 25 ans jusqu'à 50-60 ans à des intervalles de 2 à 5 ans montrent une réduction de 44 % à 60 % du risque de cancer invasif du col [13].

I.4. La démographie médicale

Ce test de dépistage peut être réalisé par les gynécologues, les médecins généralistes, les sages-femmes et les laboratoires. La démographie médicale reste donc un élément majeur de la prise en charge.

Les gynécologues médicaux et médico-obstétriciens font partie des spécialistes de santé accessibles en accès direct selon la loi du 9 août 2004. En 2016, la Picardie recensait 109 gynécologues médicaux. On note une baisse de 18 % de leur effectif depuis 2008. Cette tendance à la baisse se confirmerait jusqu'en 2018 [21] les projections sont donc particulièrement pessimistes. Cette démographie médicale ne permet pas une couverture optimale de la population. L'implication des médecins généralistes dans le dépistage du cancer du col est donc un déterminant important pour prendre en charge l'ensemble de la population cible, et le sera encore plus à l'avenir.

I.5. Le frottis et la rémunération à la performance

Le dépistage du cancer du col de l'utérus a été intégré aux indicateurs évalués lors de la mise en place en France de la Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP) au 1^{er} janvier 2012 par l'Assurance Maladie. Comme dans de nombreux pays depuis environ 10 ans, la France a diversifié la rémunération de ses médecins en intégrant une part de paiement à la performance.

Cette convention, signée avec les syndicats de médecins libéraux, introduit une nouvelle dimension de rémunération pour les médecins généralistes dont la quasi-totalité de la rémunération actuelle provient de la tarification à l'acte. Parmi ses écueils, la tarification à l'acte n'est pas un dispositif incitant à la prévention.

En effet, la prévention est une activité relativement chronophage et non rémunératrice dans ce mode de fonctionnement. De plus, la tarification à l'acte peut, dans certains cas, mener à une escalade du nombre de consultations avec souvent une diminution de la qualité de soins.

L'introduction de la ROSP a donc pour objectif d'agir sur ces biais liés au mode de fonctionnement de notre système de santé. Pour la Banque Mondiale, il s'agit d'un « ensemble de dispositifs destinés à améliorer la performance du système de santé via des paiements incitatifs ».

L'objectif de ce mode de rémunération est l'amélioration de la qualité des soins et du suivi des patients. Ainsi, plus un médecin a de patientes âgées de 25 à 65 ans ayant bien eu son FCU plus sa rémunération sur objectif de santé publique sera élevée.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

II.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, transversale, descriptive, multicentrique réalisée à partir d'un questionnaire.

II.2. La méthode

Le choix de la méthode s'est porté sur une étude quantitative après consultation du moteur de recherche Système Universitaire DOcumentation (SUDOC), Pubmed. Nous avons étudié des travaux antérieurs de thèse de nature quantitative sur le thème de la réalisation des FCU au cabinet.

Aucun travail antérieur n'avait étudié l'implication des médecins généralistes picards quant à la réalisation des FCU au cabinet, leurs éventuelles motivations, réticences et les éléments qui les inciteraient à les réaliser.

II.3. Sélection de l'échantillon

L'enquête s'est déroulée par envoi postal de questionnaire (Annexe I) et d'une lettre d'accompagnement explicative (Annexe II). J'ai obtenu une aide matérielle de la part de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) qui a effectué l'envoi et la réception des 500 questionnaires. Un échantillon représentatif de 500 médecins généralistes a été tiré au sort à partir du registre de l'URPS (avant l'élection de la nouvelle URPS des Hauts de France), répertoriant tous les médecins généralistes picards ayant une activité libérale. Cet échantillon était représentatif sur l'âge et le sexe. Il n'y avait pas de critères d'exclusion. L'échantillon était composé de 145 femmes et 355 hommes, la moyenne d'âge était de 55,2 ans. Le questionnaire a été adressé aux médecins généralistes à compter du 18 janvier 2017 il était accompagné d'une enveloppe T afin de faciliter leur retour par voie postale. Nous avons fixé la date de retour au 29 mars 2017. Il n'a pas été fait de relances selon les souhaits de l'URPS en raison de leurs coûts.

Les données étaient anonymes.

II.4. Le questionnaire

Le questionnaire comportait 25 questions, portant sur le médecin lui-même, sur sa pratique des FCU, son taux de rémunération sur objectif de santé publique, ses motivations, ses éventuelles réticences à réaliser des FCU et les éléments qui l'inciteraient davantage à prescrire ou réaliser ces derniers. Les possibilités de réponses reprenaient les éléments retrouvés dans notre revue de la littérature. Une réponse qualifiée de « autre » donnait la libre expression au médecin interrogé et permettait d'obtenir de nouveaux points de vue. Ce questionnaire a été retravaillé et validé par un colloque de médecins généralistes et de gynécologues.

II.5. L'analyse statistique

Les données quantitatives ont été exprimées en moyenne (m) et écart type (σ) et les variables qualitatives en effectifs (n) et pourcentages (%). Le test statistique utilisé pour les variables quantitatives était le test de comparaison de moyenne de Student. Les différences de proportions entre les variables quantitatives ont été analysées par un test du Chi 2. Toutes les données ont été analysées à l'aide du logiciel Sphinx Plus dans les locaux de l'URPS. Le seuil de significativité avait été fixée à 5%.

III. RÉSULTATS

III.1. Taux de réponses

Un total de 120 questionnaires a été reçu après l'envoi de 500 questionnaires. Un questionnaire a été exclu car aucune réponse n'y figurait. L'analyse portait donc sur 119 questionnaires, soit un taux de réponse exploitable de 23,8 %.

III.2. Population totale de l'étude

III.2.1. Caractéristiques des médecins répondeurs et leur pratique quotidienne

Données de notre étude (N=119)	
SEXE	
Homme	71 (59,5%)
Femme	47 (39,5%)
AGE (Moyenne = 49,7 ans - Ecart type = 11,9)	
25-35 ans	25 (21%)
36-45 ans	22 (18,4%)
46-55 ans	21 (17,6%)
56-65 ans	46 (38,6%)
>65 ans	5 (4,2%)
MILIEU D'EXERCICE	
Urbain	38 (31,9%)
Rural	29 (24,4%)
Semi-Rural	51 (42,9%)
MODE D'EXERCICE	
Seul	32 (26,9%)
Cabinet de groupe	62 (52,1%)
MSP	24 (20,2%)
TEMPS D'INSTALLATION	
Moins de 5 ans	31 (26,1%)
Entre 5 et 10 ans	9 (7,6%)
Entre 10 et 20 ans	22 (18,5%)
Plus de 20 ans	56 (47,1 %)
NOMBRE DE CONSULTATIONS QUOTIDIENNES	
Moins de 20	8 (6,7%)
Entre 20 et 30 ans	48 (40,3%)
Entre 30 et 40	45 (37,8%)
Plus de 40	17 (14,3%)

Tableau 1 : Principales caractéristiques démographiques de notre population d'étude.

Les médecins répondants étaient donc principalement des hommes à 60,5%.

La classe d'âge la plus représentée était les médecins âgés de 56 à 65 ans à 38,6%. Les moins représentés étaient ceux âgés de plus de 65 ans à 4,2%.

Ils exerçaient principalement en milieu semi-rural à 42,9%, puis en milieu urbain à 31,9% ; le milieu rural était le moins représenté avec 24,4% des médecins répondants.

Ils exerçaient principalement en cabinet de groupe à 52,1% ; et étaient installés depuis plus de 20 ans pour 47,1% d'entre eux.

Les médecins réalisant entre 20 et 30 consultations par jour étaient les plus représentés à 40,3%, ils étaient suivis de près par ceux réalisant entre 30 et 40 consultations quotidiennes (37,8%).

III.2.2. Pratique de la gynécologie chez nos médecins répondants

Dans notre étude, 33 médecins (27,7 %) ne réalisaient aucun examen gynécologique et 59 d'entre eux (49,6 %) en réalisaient moins de 5 par semaine. 1 médecin n'avait pas répondu à cette question.

73,9 % des médecins de notre étude (88 praticiens) déclaraient ne pas avoir reçu de formation complémentaire en gynécologie.

Par ailleurs, 30 praticiens (25,2%) déclaraient ne pas avoir les connaissances suffisantes en gynécologie. 4 médecins n'ont pas répondu à cette question.

Sur les 119 médecins, 108 proposaient les frottis cervico-utérins à leurs patientes.

114 médecins réalisaient la vaccination contre le Papillomavirus (95,8%).

NOMBRE D'EXAMENS GYNECOLOGIQUES REALISES PAR SEMAINE	
Aucun	33 (27,7%)
Moins de 5	59 (49,6%)
Entre 5 et 10	22 (18,5%)
Plus de 10	4 (3,4%)
FORMATION COMPLEMENTAIRE EN GYNECOLOGIE	
Oui	31 (26,1%)
Non	88 (73,9%)
CONNAISSANCES SUFFISANTES EN GYNECOLOGIE	
Oui	85 (71,4%)
Non	30 (25,2%)
INFORMATIONS DONNEES SUR LE PAPILLOMAVIRUS	
Oui	116 (97,5%)
Non	3 (2,5%)
REALISATION DU VACCIN CONTRE LE PAPILLOMAVIRUS	
Oui	114 (95,8%)
Non	5 (4,2%)
PROPOSITION DU FROTIS CERVICO-UTERIN	
Oui	108 (90,8%)
Non	11 (9,2%)

Tableau 2 : Pratique de la gynécologie dans notre population d'étude

III.2.3. Fréquence de la réalisation des FCU par les médecins généralistes répondeurs

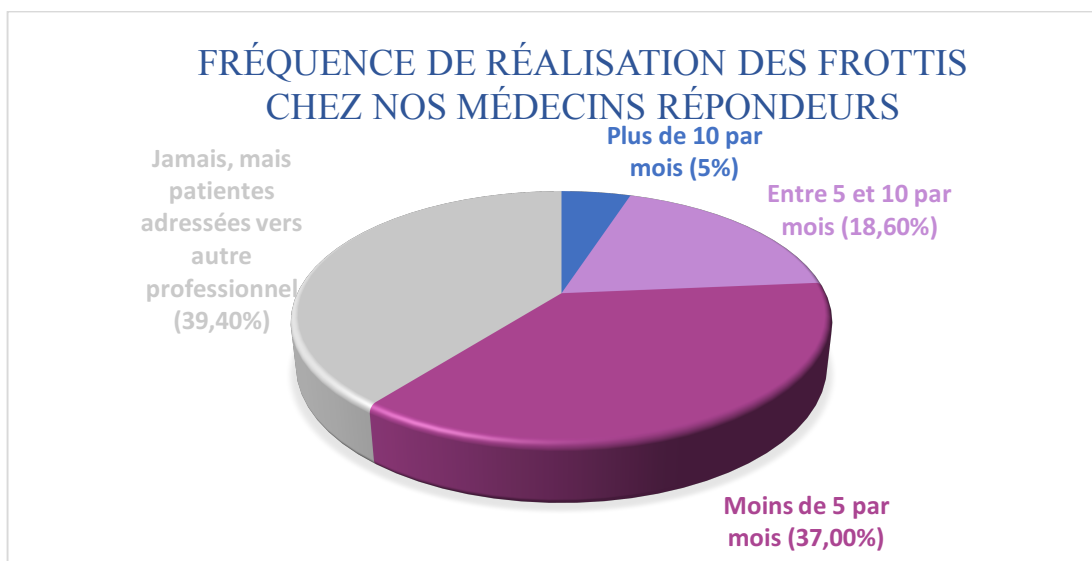


Figure 7 : Réalisation ou non des FCU par nos médecins répondeurs et fréquence de réalisation des frottis.

Parmi nos médecins répondants : 39,40 % déclaraient ne pas réaliser de frottis, tandis qu'ils étaient 72 à en réaliser (60,60%).

III.2.4. Nos médecins généralistes répondants et les gynécologues

Dans notre étude :

- 32,8 % des médecins ressentent le manque de gynécologues et ont de plus en plus de consultations portées sur la gynécologie,
- 27,7 % d'entre eux s'inquiètent du manque croissant de gynécologue mais n'ont pas modifié leur pratique,
- 22,7 % d'entre eux sont inquiétés par ce manque de gynécologue et réalisent donc de plus en plus de FCU,
- 18,5 % des médecins ne ressentent pas ce manque de gynécologue,
- 8,4 % ressentent le manque de gynécologue mais ne réalisent pas plus de FCU pour autant,
- 3 % des médecins n'ont pas répondu à cette question,

III.3. Médecins ne réalisant pas de frottis

III.3.1. Caractéristiques de la population : « médecins ne réalisant pas de frottis »

Dans notre étude, 47 praticiens soit 39,4 % déclaraient ne jamais réaliser de frottis. Mais dans tous les cas, l'ensemble des praticiens adressaient leurs patientes à un autre professionnel de santé.

SEXE	
Homme	31 (66%)
Femme	15 (31,9%)
AGE (Moyenne = 47,7 Ecart type = 11,5)	
25 - 35 ans	10 (21,7%)
36-45 ans	13 (28,2%)
46-55 ans	6 (13%)
56 - 65 ans	16 (34,7%)
> 65 ans	2 (4,3%)
MILIEU D'EXERCICE	
Urbain	21 (44,7%)
Rural	7 (14,9%)
Semi-Rural	18 (38,3%)
MODE D'EXERCICE	
Seul	17 (36,2%)
Cabinet de groupe	22 (46,8%)
MSP	7 (14,9%)
TEMPS D'INSTALLATION	
Moins de 5 ans	13 (27,7%)
Entre 5 et 10 ans	6 (12,8%)
Entre 10 et 20 ans	9 (19,1%)
Plus de 20 ans	18 (38,3%)
NOMBRE DE CONSULTATIONS QUOTIDIENNES	
Moins de 20	3 (6,4%)
Entre 20 et 30	14 (29,8%)
Entre 30 et 40	20 (42,6%)
Plus de 40	9 (19,1%)

Tableau 3 : Caractéristiques des médecins ne réalisant pas de frottis

La majorité de nos médecins répondants ne réalisant pas de frottis étaient donc des hommes à 66 %, ils étaient principalement âgés entre 56 et 65 ans,

Ils exerçaient pour la majorité d'entre eux en milieu urbain à 44,7% et en cabinet de groupe à 46,8%.

Ils étaient pour la plupart d'entre eux installés depuis plus de 20 ans (38,3%) et voyaient entre 30 et 40 patients par jour (42,6%).

1 médecin n'avait pas répondu à ces questions.

III.3.2. Pratique de la gynécologie chez nos médecins ne réalisant pas de frottis

NOMBRE D'EXAMENS GYNECOLOGIQUES REALISES PAR SEMAINE	
Aucun	28 (59,6%)
Moins de 5	17 (36,2%)
Entre 5 et 10	1 (2,1%)
Plus de 10	1 (2,1%)
FORMATION COMPLEMENTAIRE EN GYNECOLOGIE	
Oui	9 (19,1%)
Non	38 (80,9%)
CONNAISSANCES SUFFISANTES EN GYNECOLOGIE	
Oui	28 (59,6%)
Non	18 (38,3%)
INFORMATIONS DONNEES SUR LE PAPILLOMAVIRUS	
Oui	44 (93,6%)
Non	3 (6,4%)
REALISATION DU VACCIN CONTRE LE PAPILLOMAVIRUS	
Oui	43 (91,5%)
Non	4 (8,5%)
PROPOSITION DU FROTTIS CERVICO-UTERIN	
Oui	43 (91,5%)
Non	4 (8,5%)

Tableau 4 : Pratique de la gynécologie chez nos médecins ne réalisant pas de frottis

La majorité des médecins ne réalisant pas de frottis n'effectuaient aucun examen gynécologique à 59,6%.

Ils étaient 80,9% à ne pas avoir suivi de formation complémentaire en gynécologie, et étaient 59,6% à déclarer avoir les connaissances suffisantes pour la pratique de la gynécologie.

Ils étaient 91,5 % à proposer tout de même un FCU à leurs patientes (réalisé par un autre professionnel de santé) et 93,6 % d'entre eux donnaient des informations sur le Papillomavirus.

91,5% d'entre eux réalisaient la vaccination contre le Papillomavirus.

III.3.3. Types d'informations données par les médecins ne réalisant pas de frottis à leurs patientes sur les FCU

91,5% des médecins ne réalisant pas de frottis donnaient cependant des informations sur ce dernier à leurs patientes :

- 90,7% (39) expliquent l'intérêt de réaliser ce dépistage,
- 79,1% (34) informent sur la fréquence de réalisation des FCU,
- 58,1% (25) disent à quel point ce dépistage est important,
- 20 d'entre eux (46,5%) expliquent le rôle de l'HPV dans le cancer du col de l'utérus,
- 37,2% (16) informent sur le mode de transmission de l'HPV,
- Seulement 23,3% d'entre eux informent sur le déroulement du FCU,
- 2 médecins avaient explicité dans « autre » qu'ils donnaient les coordonnées des gynécologues, 2 autres n'avaient pas répondu à cette question.

III.3.4. Motifs de non réalisation des FCU par ces derniers

Les principaux motifs de non réalisation de FCU sont tout d'abord le manque de temps à 63,8%, puis arrive le fait que les praticiens préfèrent diriger leurs patientes vers d'autres professionnels de santé à 53,2 %.

Une part non négligeable de médecins déclare ne pas savoir réaliser les frottis (23,40%).

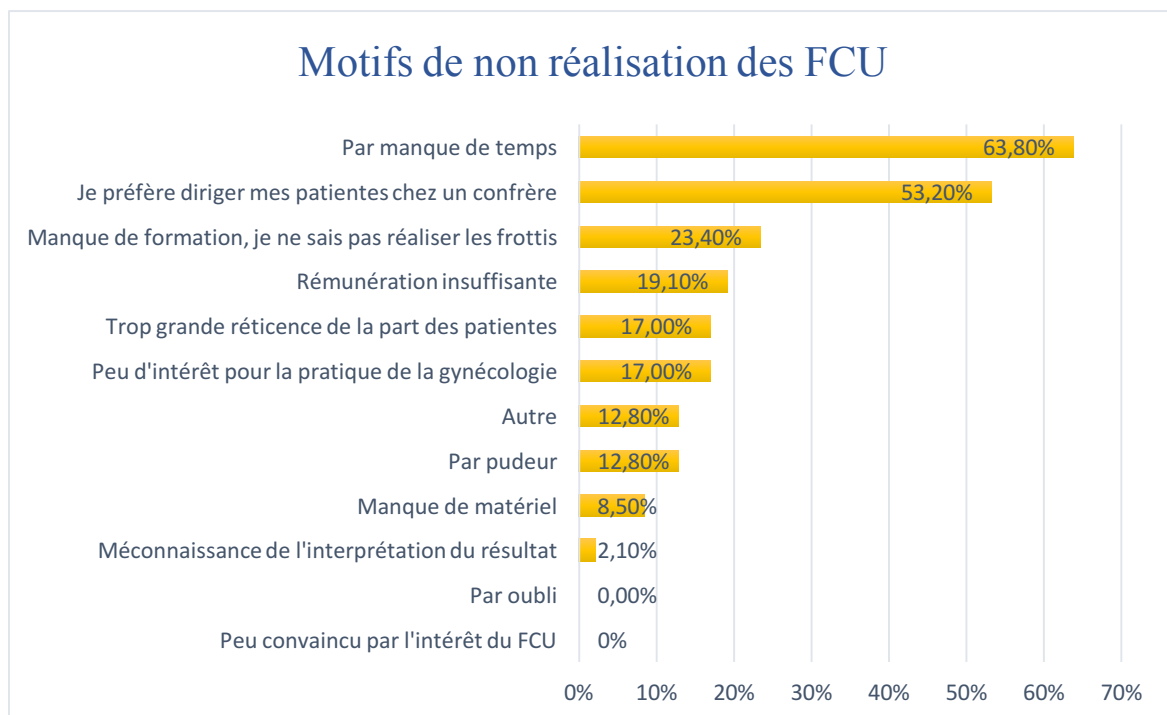


Figure 8 : Motifs de non réalisation des FCU par nos médecins généralistes répondants

Parmi les 4 réponses « autres » : 3 médecins déclarent avoir des soucis de santé. Et 1 autre déclarait que l'Agence Régional de Santé (ARS) n'offre pas les conditions nécessaires à la réalisation des frottis au cabinet du généraliste.

III.3.5. Professionnels de santé à qui sont adressées les patientes pour la réalisation de leur frottis

Dans 76,6% des cas (38) le médecin ne réalisant pas de frottis l'adresse au gynécologue. Viennent ensuite les laboratoires dans 51,1% des cas (24). Dans 42,6 % des cas (20) ils adressent leurs patientes à la sage-femme et dans 21,3% des cas ils l'adressent à une consœur ou confrère médecin généraliste réalisant des frottis. 3 médecins citaient le centre de planification familial (6,4%). Aucun ne citait le centre d'examen de santé.

III.3.6. Prescription de frottis hors recommandation

La majorité des médecins ne réalisant pas de frottis en prescrivent hors recommandation.

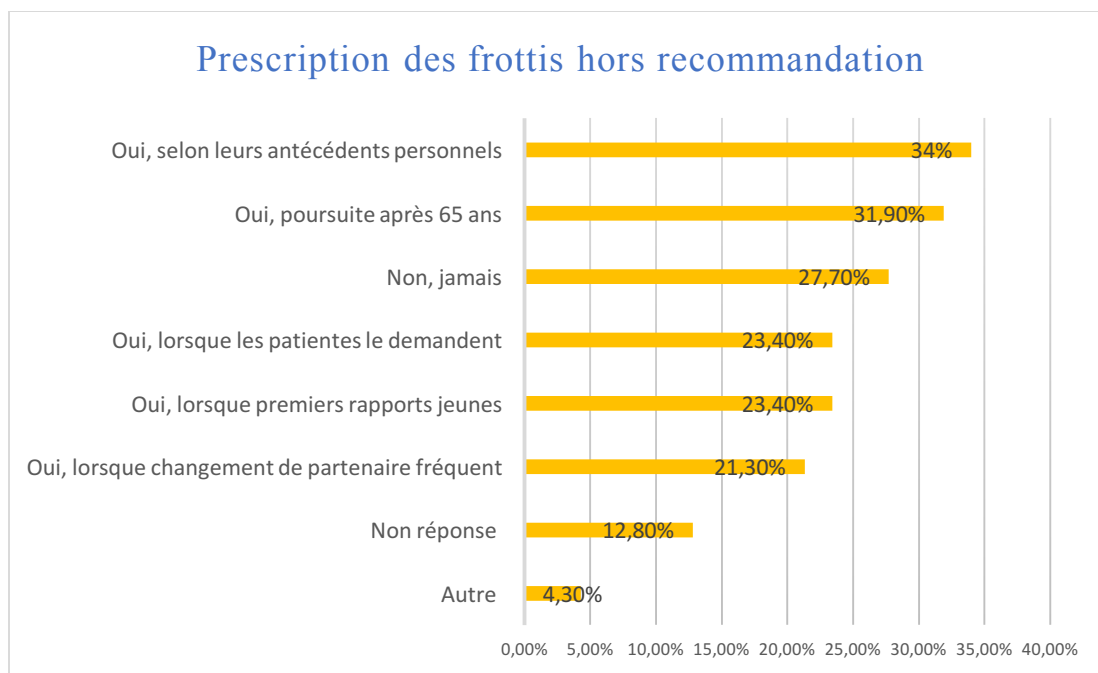


Figure 9 : Prescription de frottis hors recommandation par les médecins ne réalisant pas de frottis.

1 médecin avait précisé dans « autre » qu'il prescrivait des frottis en cas de métrorragies. 1 autre en prescrivait systématiquement à partir de l'âge de 22 ans.

III.3.7. Réticences que les médecins généralistes ne réalisant pas de frottis retrouvent chez leurs patientes

Pour 32 médecins (68,1%) il s'agit de la négligence du suivi gynécologique que l'on retrouve le plus régulièrement. Venait ensuite le fait que les femmes préfèrent aller consulter leur gynécologues ou sage-femme pour 44,7% des médecins (21).

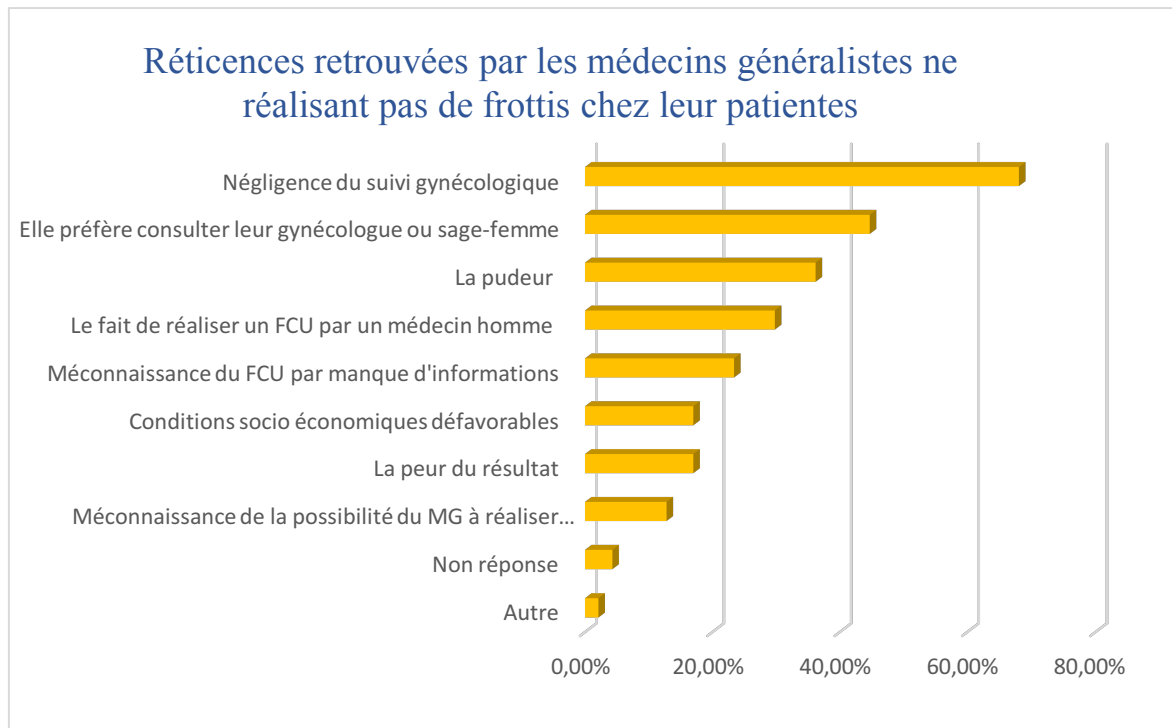


Figure 10 : Réticences retrouvées par les médecins généralistes ne réalisant pas de frottis chez leurs patientes

Dans « autre » : un médecin déclarait que les femmes se sentaient plus à l'aise avec une femme médecin.

III.3.8. Les éléments qui inciteraient les médecins ne réalisant pas de frottis à en réaliser

Les éléments les plus fréquemment mentionnés par nos médecins généralistes ne réalisant pas de frottis sont le fait de dédier des consultations au dépistage (34%), le fait de rendre ce dépistage organisé (31,9%) et le fait que l'acte soit mieux rémunéré (29,8%).

Parmi les réponses « autres » : 1 médecin aimerait que « l'on augmente le nombre de médecins généralistes », 4 médecins aimeraient « avoir plus de temps ».

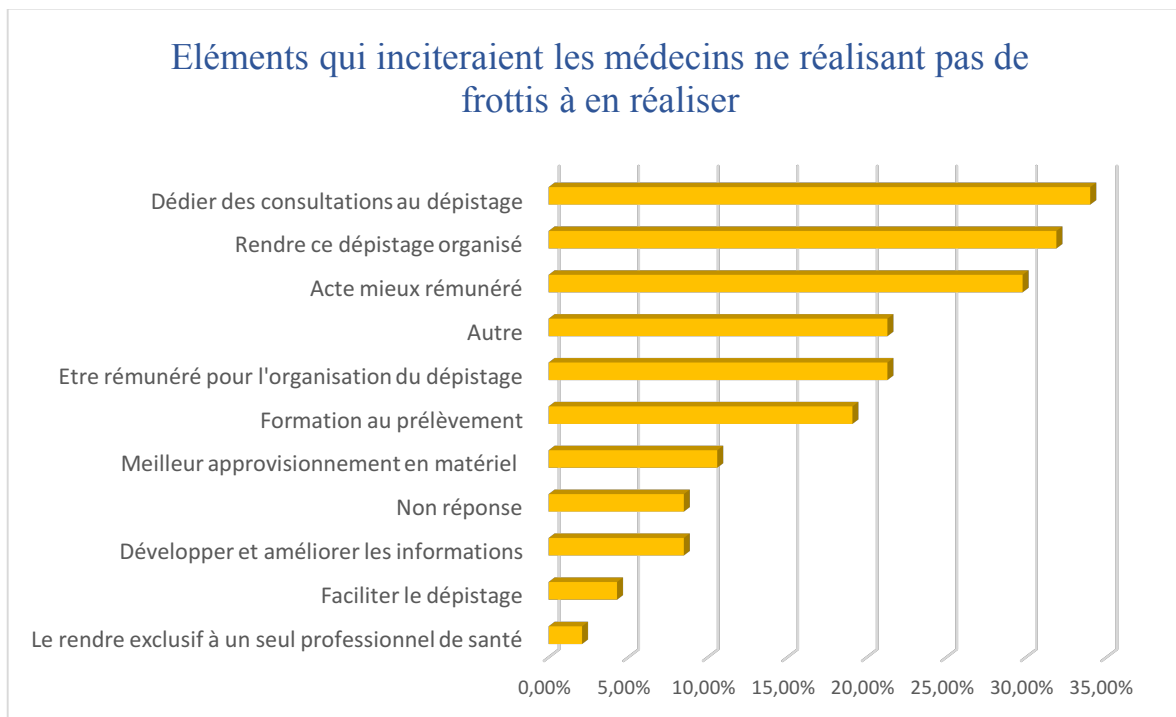


Figure 11 : Eléments qui inciteraient les médecins ne réalisant pas de frottis à en réaliser

III.3.9. Rémunération sur objectif de santé publique chez les médecins ne réalisant pas de frottis

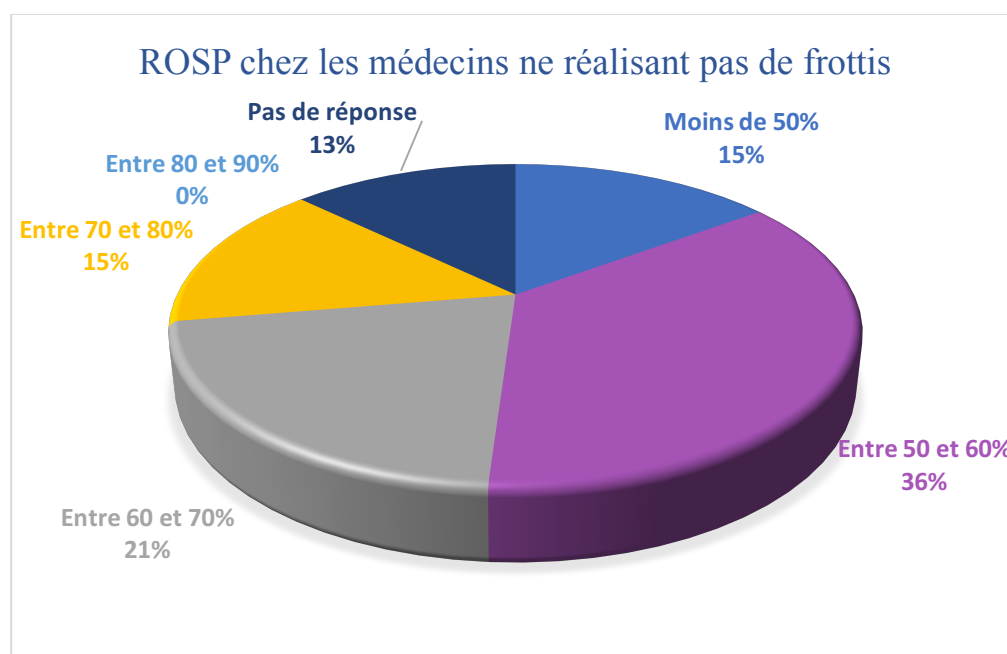


Figure 12 : Médecins ne réalisant pas de frottis et leur rémunération sur objectif

La majorité des médecins n'effectuant pas de frottis (36,2%) avaient néanmoins entre 50 et 60% de leurs patientes qui l'avaient réalisé (âgées de 25 à 65 ans). Aucun de ces médecins n'avait atteint l'objectif fixé par la loi Santé qui vise 80 % de couverture. 6 médecins n'avaient pas répondu à cette question.

III.3.10. ROSP et incitation à prescrire plus de FCU

Pour 93,6% des médecins ne réalisant pas de frottis, la mise en place de la ROSP ne les a pas incités à en prescrire davantage. Seulement 2 d'entre eux l'avaient été.

III.3.11. Médecins ne réalisant pas de frottis et dépistage organisé

80,9% (38) se montrent favorables à la mise en place d'un dépistage organisé. 4 d'entre eux ne s'y montrent pas favorables (8,5%).

2 médecins n'ont pas répondu à cette question. 2 médecins disent ne pas avoir d'avis à ce sujet. Un autre médecin estime que l'on harcèle trop les patients pour différents dépistages (sein, colon, diabète, cholestérol...)

III.4. Médecins réalisant des frottis

III.4.1. Caractéristiques de la population : « médecin réalisant des frottis »

Dans notre étude, 72 praticiens soit 60,6 % déclaraient réaliser des frottis :

- 44 en réalisaient moins de 5 par mois,
- 22 en réalisaient entre 5 et 10 par mois,
- 6 en réalisaient plus de 10 par mois,

87,5 % d'entre eux (63) les réalisaient en milieu liquide, le reste des médecins soit 12,5% les réalisaient sur lame.

SEXE	
Homme	40 (55,6%)
Femme	32 (44,4%)
AGE (Moyenne =47,7 Ecart type = 11,5)	
25 - 35 ans	15 (20,8%)
36-45 ans	9 (12,5%)
46-55 ans	15 (20,8%)
56 - 65 ans	31 (43,0%)
> 65 ans	2 (2,7%)
MILIEU D'EXERCICE	
Urbain	17 (23,6%)
Rural	22 (30,6%)
Semi-Rural	33 (45,8%)
MODE D'EXERCICE	
Seul	15 (20,8%)
Cabinet de groupe	40 (55,6%)
MSP	17 (23,6%)
TEMPS D'INSTALLATION	
Moins de 5 ans	18 (25%)
Entre 5 et 10 ans	3 (3,2%)
Entre 10 et 20 ans	13 (18,1%)
Plus de 20 ans	38 (52,8%)
NOMBRE DE CONSULTATIONS QUOTIDIENNES	
Moins de 20	5 (6,9%)
Entre 20 et 30	34 (47,2%)
Entre 30 et 40	25 (34,7%)
Plus de 40	8 (11,1%)

Tableau 5 : Caractéristiques de la population « médecins réalisant des frottis »

La majorité des médecins réalisant des frottis étaient donc des hommes à 55,6% et avaient un âge compris entre 56 et 65 ans,

Ils exerçaient pour la plupart en milieu semi-rural (45,8%) et en cabinet de groupe (55,6%).

La majorité était installée depuis plus de 20 ans (52,8%) et leur nombre de consultation quotidienne était compris entre 20 et 30 % (47,2%).

III.4.2. Pratique de la gynécologie chez les médecins réalisant des frottis

NOMBRE D'EXAMENS GYNECOLOGIQUES REALISES PAR SEMAINE	
Aucun	5 (6,9%)
Moins de 5	42 (58,3%)
Entre 5 et 10	21 (29,2%)
Plus de 10	3 (4,2%)
FORMATION COMPLEMENTAIRE EN GYNECOLOGIE	
Oui	22 (30,6%)
Non	50 (69,4%)
CONNAISSANCES SUFFISANTES EN GYNECOLOGIE	
Oui	57 (79,2%)
Non	12 (16,7%)
INFORMATIONS DONNEES SUR LE PAPILLOMAVIRUS	
Oui	72 (100,0%)
Non	0
REALISATION DU VACCIN CONTRE LE PAPILLOMAVIRUS	
Oui	71 (98,6%)
Non	1 (1,4%)
PROPOSITION DU FROTTIS CERVICO-UTERIN	
Oui	65 (90,3%)
Non	7 (9,7%)

Tableau 6 : Pratique de la gynécologie chez les médecins réalisant des frottis

La majorité des médecins réalisant des frottis réalisaient moins de 5 examens gynécologiques par semaine.

Ils étaient 69,4% à ne pas avoir suivi de formation complémentaire en gynécologie et 79,2% estimait avoir les connaissances suffisantes pour la pratique de la gynécologie.

Ils donnaient tous des informations sur le papillomavirus ; 90 ,3% proposaient le FCU et un seul d'entre eux déclarait ne pas réaliser le vaccin pour le Papillomavirus.

III.4.3. Informations données par les médecins généralistes réalisant des frottis

Les principales informations relayées par les médecins généralistes à leurs patientes concernant le FCU sont : l'intérêt de réaliser ce dépistage (95,4%) et la fréquence de réalisation des FCU (90,8%). Un médecin précisait dans la rubrique « autre » le fait que cela soit remboursé et indolore.

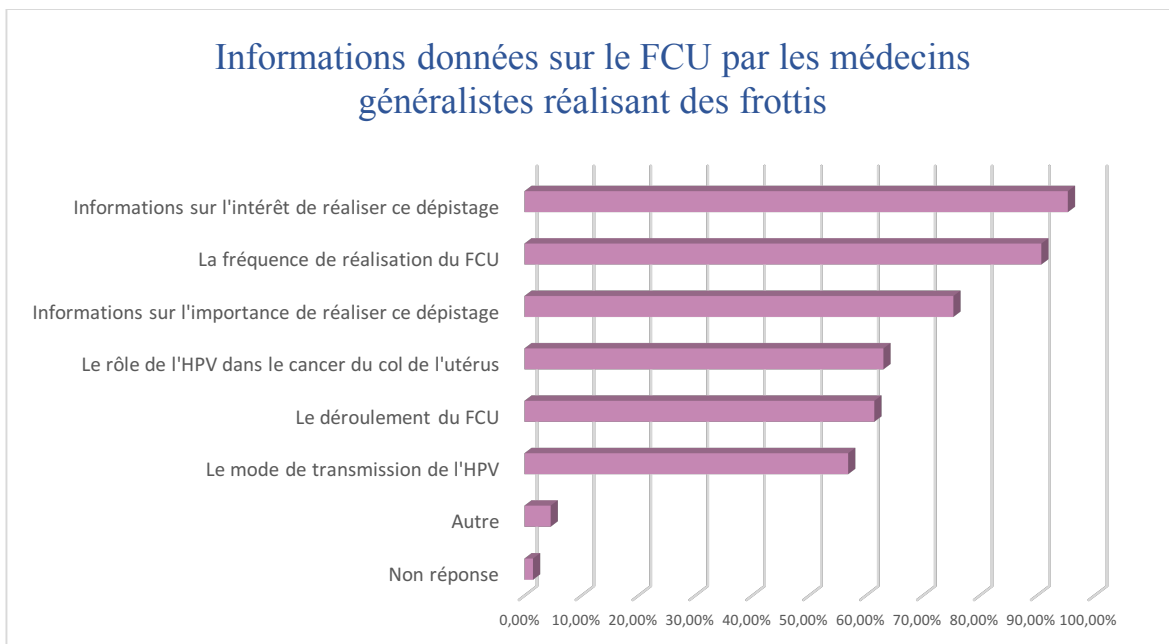


Figure 13 : Informations données sur le FCU par les médecins généralistes réalisant des frottis

III.4.4. Motivations des médecins généralistes à réaliser des frottis

Les principales motivations des médecins généralistes à réaliser des frottis sont : le fait que cela soit indispensable au bon suivi de la patiente (76,4%) et que cela fasse partie du rôle indispensable de prévention du médecin généraliste (70,8%).

6 médecins avaient précisé dans la rubrique « autre » qu'ils réalisaient les frottis étant donné les difficultés pour obtenir un rendez-vous chez le gynécologue.

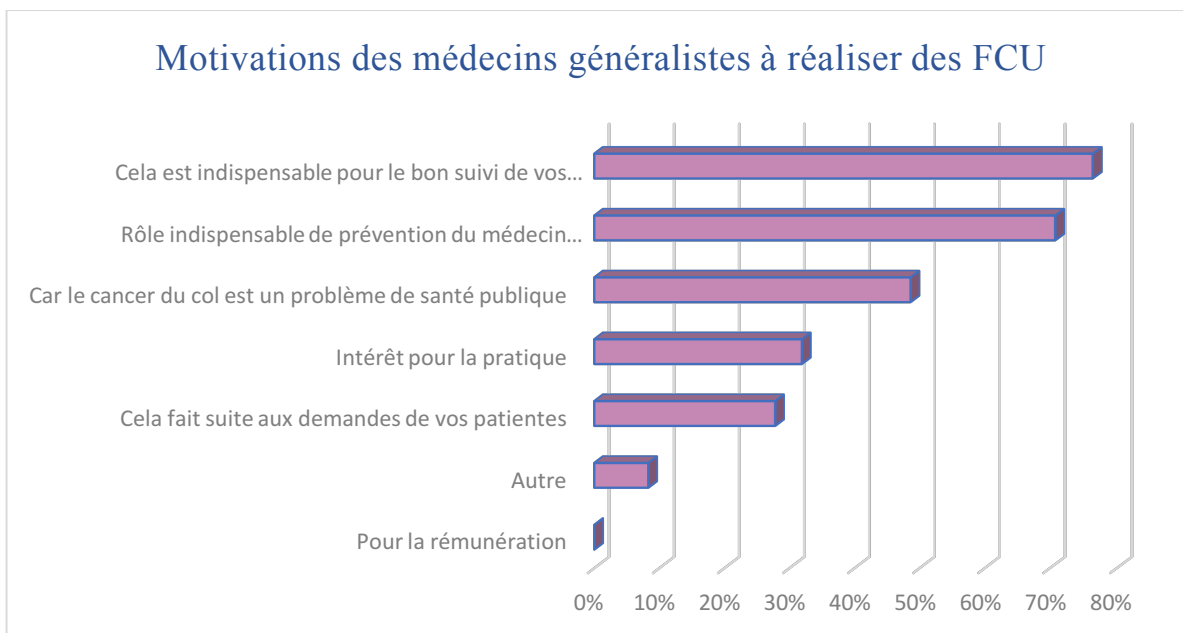


Figure 14 : Motivations des médecins généralistes à réaliser des FCU

III.4.5. Médecins généralistes réalisant des FCU et prescription hors recommandation

Parmi nos médecins réalisant des frottis, seulement 15 d'entre eux (20,8 %) ne les réalisent jamais hors recommandation.

3 médecins ont répondu « autre » : ils disaient les réaliser également lorsque les patientes se plaignaient de saignements lors des rapports.

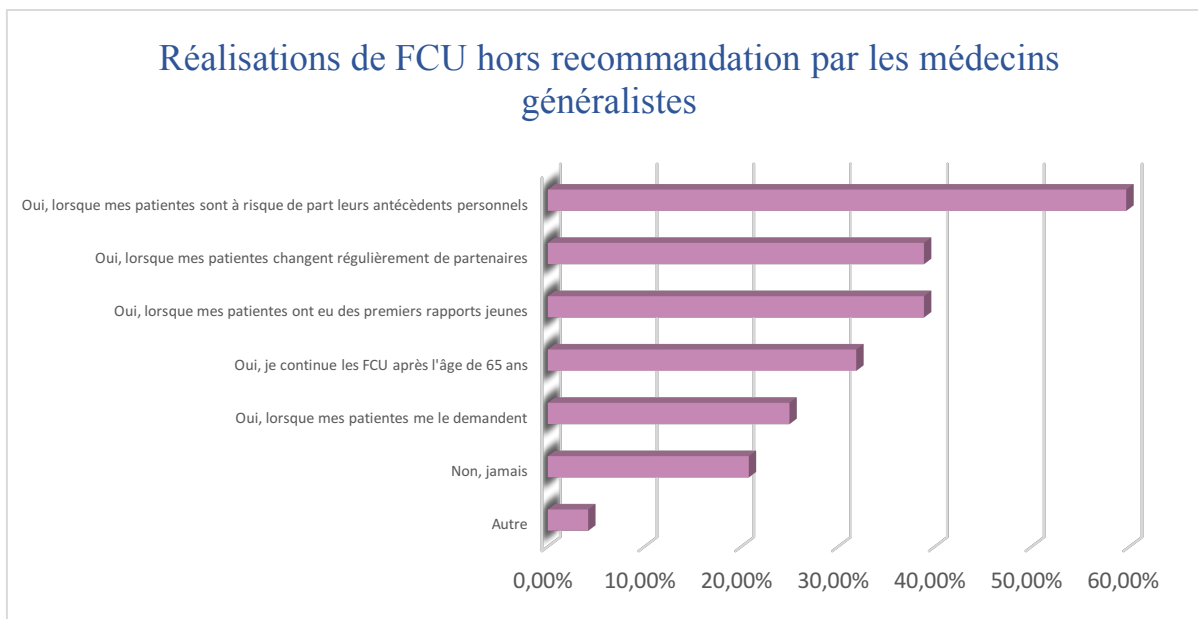


Figure 15 : Réalisation de FCU hors recommandation par les médecins généralistes réalisant des frottis

III.4.6. Réticences que les médecins généralistes réalisant des frottis retrouvent chez leurs patientes

Comme pour les médecins ne réalisant pas de frottis, il s'agit principalement de la négligence du suivi gynécologique à 84,7% et le fait que les patientes préfèrent consulter leurs gynécologues ou sage-femme (58,3%). La méconnaissance du fait que le médecin généraliste puisse réaliser des frottis est plus mentionné dans cette population d'étude.

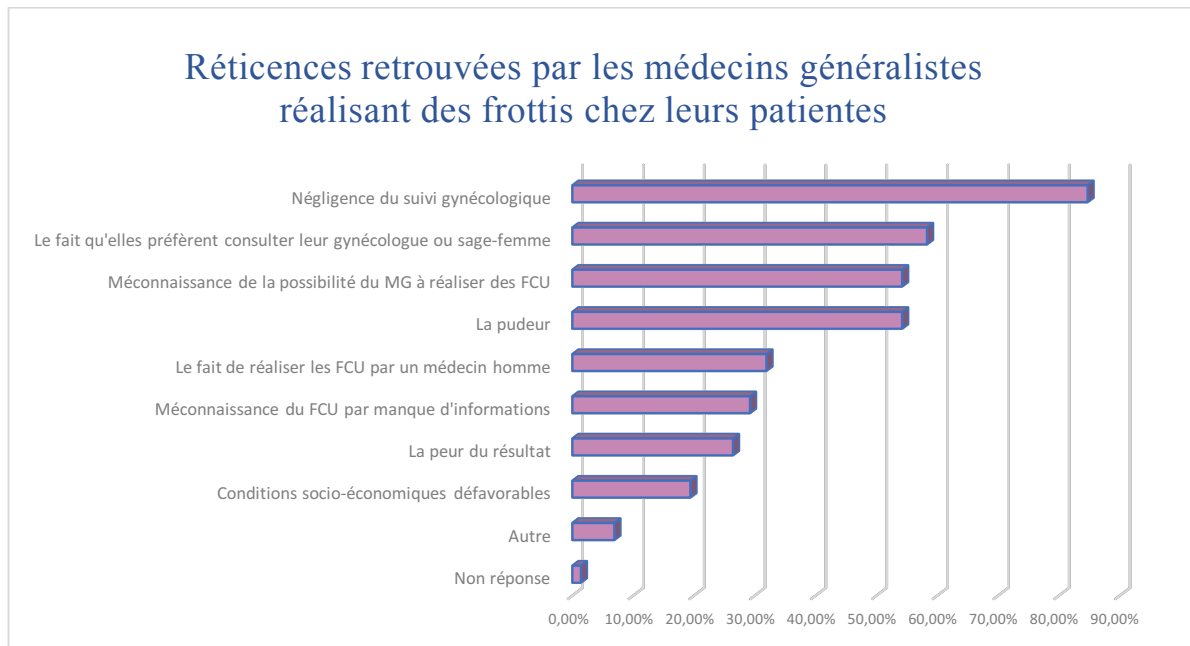


Figure 16 : Réticences retrouvées par les médecins généralistes réalisant des frottis chez leurs patientes.

Parmi les réponses « autres » : 2 médecins précisait que les femmes n'ont pas confiance en leur médecin généralistes pour les actes de gynécologie, 1 autre déclarait : « la peur d'avoir mal », 1 autre que « les femmes n'ayant pas d'activité sexuelle ne se sentent pas concernées » et 1 autre le fait que « les médias ne parlent pas assez des capacités du médecin généraliste à réaliser des frottis »

III.4.7. Réalisation de frottis par d'autres professionnels de santé

33,3% des médecins réalisant des frottis adressent parfois leurs patientes à un gynécologue en mesure de les réaliser. 20,8% adressent aux laboratoires et 19,4% à une sage-femme.

Viennent ensuite le centre de planification familiale (5,6%), consœur ou confrère médecin généraliste (4,2%), centre d'examen de santé (2,8%).

III.4.8. Eléments qui inciteraient les médecins généralistes réalisant des frottis à en réaliser davantage

Les principaux éléments qui inciteraient les médecins généralistes réalisant des frottis à en réaliser davantage sont : le fait de rendre ce dépistage organisé (55,6%) et le fait de dédier des consultations au dépistage (47,2%).

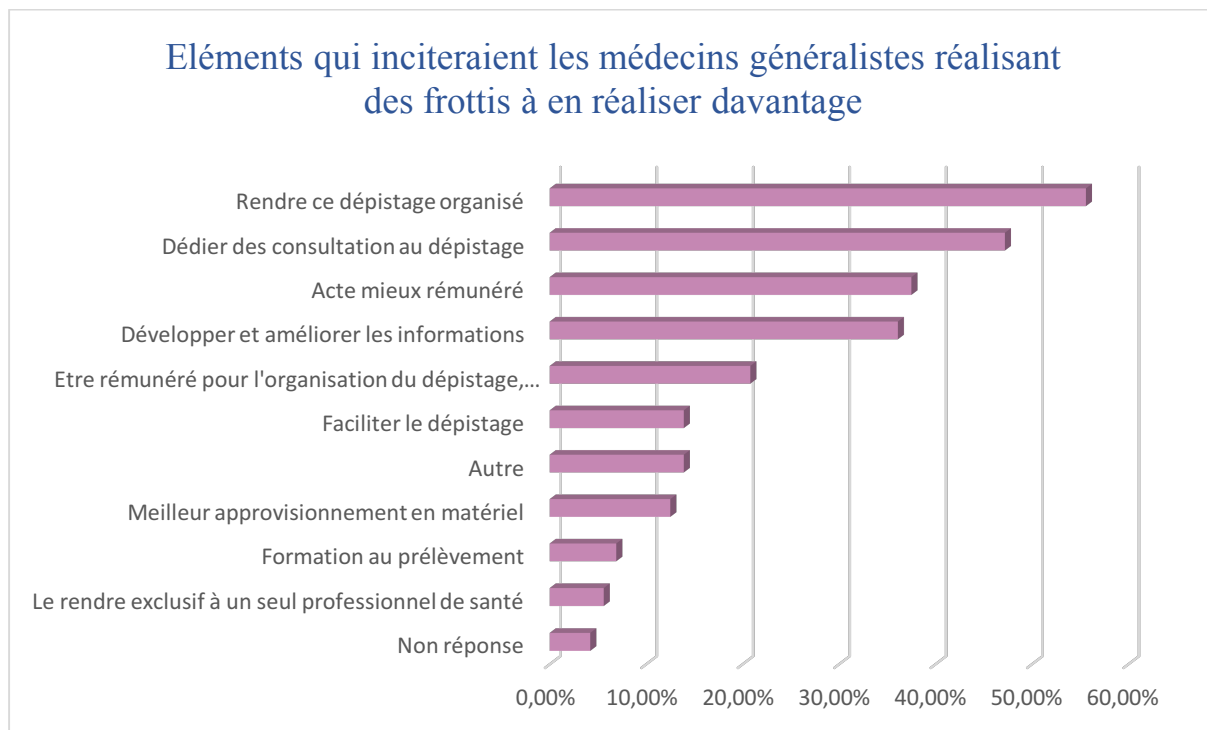


Figure 17 : Eléments qui inciteraient les médecins réalisant des FCU à en réaliser davantage.

Parmi les réponses « autres » : 1 médecin déclarait « apprendre aux patientes à venir séparément pour des actes de médecines différents », 1 autre « une meilleure formation », 1 autre aimerait « une meilleure accréditation dans ce domaine », et que les « médias parlent plus des possibilités des médecins généralistes ».

III.4.9. ROSP chez les médecins réalisant des frottis

La majorité des médecins réalisant des frottis avait entre 50 et 60 % de leurs patientes couvertes par frottis (31,9%), tandis que pour 3 d'entre eux le taux était compris entre 80 et 90 %.

Aucun n'avait plus de 90 % et 10 médecins n'avaient pas répondu à cette question.

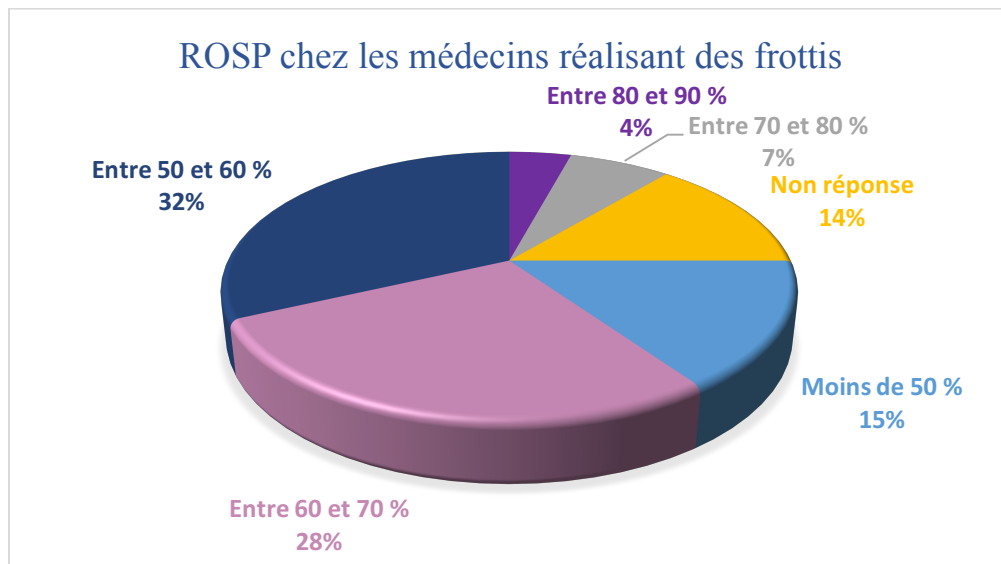


Figure 18 : Médecins réalisant des frottis et ROSP.

III.4.10. ROSP et incitation à réaliser plus de FCU chez nos médecins réalisant des frottis

Pour 93,1 % des médecins réalisant des frottis (67) la ROSP ne les a pas incités à en réaliser davantage. 5 d'entre eux (6,9 %) se sont sentis incités.

III.4.11. Médecins réalisant des FCU et dépistage organisé

84,7% des médecins réalisant des frottis sont favorables à la mise en place d'un dépistage organisé (61). 8,3 % d'entre eux sont contre (6).

Et enfin 4 médecins ont répondu autre. 3 précisait que cela dépendait de la gestion de ce dépistage et 1 médecin déclarait qu'à son avis une trop forte incitation pouvait être contre-productive.

III.5. Analyses bi-variées

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre le fait de réaliser ou non des frottis et les caractéristiques suivantes : genre du médecin, âge, durée d'installation et mode d'exercice. Cependant le fait d'exercer en milieu rural était lié de manière statistiquement significative au fait de réaliser plus de frottis ($p < 0,05$). De même, exercer en milieu urbain était lié au fait d'en réaliser moins ($p < 0,05$).

Même si la variable « nombre de consultation quotidienne » n'était statistiquement pas significative sur le fait de réaliser ou non des frottis ; on note cependant que les médecins ayant un nombre de consultation quotidienne moins élevé réalisaient plus de frottis. En effet, le nombre de consultations quotidiennes des médecins réalisant des frottis était principalement compris entre 20 et 30 consultations par jour (47,2%), tandis que ceux qui n'en réalisaient pas voyaient plutôt entre 30 et 40 patients par jour (42,6%) voire plus.

Concernant la pratique de la gynécologie : les médecins qui ne réalisaient pas de frottis réalisaient de manière statistiquement significative ($p<0,01$) moins d'examens gynécologiques au cabinet que les médecins en réalisant.

Les médecins ne réalisant pas de frottis au cabinet avaient de manière statistiquement significative ($p<0,01$) moins suivi de formation complémentaire en gynécologie que les médecins réalisant des frottis. De plus, ils estimaient pour 38,3% d'entre eux ne pas avoir les connaissances suffisantes en gynécologie contre 16,7% des médecins les réalisant ($p<0,05$).

Il n'existait pas de différence statistiquement significative sur le fait de réaliser ou non des frottis et les résultats de la rémunération sur objectif de santé publique.

De même, il n'existait pas de différence statistiquement significative sur les réticences retrouvées chez les patientes que les médecins réalisent ou non des frottis.

Il existait une différence statistiquement significative sur les éléments qui inciteraient à la réalisation des frottis. En effet, les médecins ne réalisant pas de frottis aimeraient davantage une formation au prélèvement ($p<0,05$) tandis que ceux qui en réalisent déjà aimeraient développer et améliorer l'information ($p<0,05$).

IV. Discussion

IV.1. Résultat principal,

Cette étude met en évidence le fait que les médecins généralistes de Picardie semblent être **impliqués** dans le dépistage du cancer du col de l'utérus. En effet, 72 d'entre eux, soit **moins de deux tiers des médecins** déclaraient réaliser des frottis au cabinet, ils correspondaient à **60,6%** des médecins de notre étude. Parmi les 47 médecins qui déclaraient ne pas réaliser de frottis au cabinet, tous adressaient cependant leurs patientes à d'autres professionnels de santé en mesure de l'effectuer (principalement aux gynécologues et laboratoires).

Un travail avait été effectué par Nicot D. en 2011, concernant les pratiques de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus des médecins généralistes de la Somme, elle avait mis en évidence le fait que 65% des médecins de son étude réalisaient des FCU, ce qui est comparable à nos résultats [23].

Cependant seulement 3 médecins de notre étude sur les 119, soit 2,5% ont atteint **l'objectif fixé par la loi de Santé Publique** qui vise un taux de couverture de **80%** par frottis chez leurs patientes âgées de 25 à 65 ans, ce qui est loin d'être suffisant.

La majorité de nos médecins répondeurs déclare avoir entre **50 et 60%** de leurs patientes couvertes par frottis (résultats de rémunération sur objectif de santé publique, disponibles sur Ameli.fr). Ces résultats sont en accord avec ceux de l'échantillon généralistes des bénéficiaires (EGB) de l'Assurance maladie. En effet son analyse entre 2010 et 2013 évalue un taux de couverture brut par frottis de 56,6% pour les femmes entre 25 et 65 ans [24].

Les médecins semblent être confrontés à des obstacles qui entravent la réalisation du frottis au cabinet. Ces obstacles peuvent être liés au **médecin lui-même** et à **sa pratique** ou aux **patientes** qui semblent négliger leur suivi gynécologique et leurs représentations.

IV.1.a. Frottis et milieu d'exercice

Dans notre étude, les médecins exerçant en **milieu rural** réalisaient **plus** de frottis que ceux exerçant en milieu urbain. Cela pouvait s'expliquer notamment par **l'éloignement** entre les

médecins exerçant en milieu rural et les gynécologues. Cela avait déjà été trouvé dans d'autres travaux de la littérature ainsi Dominique M. et Bungener M. démontraient que les médecins généralistes **les plus éloignés** des cabinets de gynécologies pratiquaient plus de FCU [25 ; 26].

Et dans un article sur « *l'équipement du cabinet médical* » d'après une enquête menée auprès de 403 médecins de l'Ain par le docteur Le Goaziou M., les médecins possédant le plus de matériel d'examen gynécologique sont ceux exerçant en milieu rural [27].

IV.1.b. Frottis et gynécologie

Dans notre étude les médecins ne réalisant pas de frottis **pratiquaient moins la gynécologie** au cabinet, avaient **moins suivi de formation complémentaire** en gynécologie et estimaient avoir de **moindres connaissances en gynécologie** que les médecins les réalisant. Cette carence de formation et de connaissances était un frein à la réalisation de frottis au cabinet. D'ailleurs une **formation au prélèvement** serait un des éléments qui inciterait cette population d'étude à réaliser des frottis. Ce manque de formation avec répercussion sur la pratique de la gynécologie en médecine générale avait également été mis en évidence dans son étude sur les obstacles à la réalisation des frottis par Squimbre C. chez les médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais [28].

IV.1.c. Frottis hors recommandation

Seulement 23,5% des médecins répondants déclaraient **ne jamais réaliser ou prescrire de frottis hors recommandations**. Ces prescriptions inadéquates correspondraient davantage à des mesures excessives qu'à des mesures insuffisantes. On les retrouve aussi bien chez les médecins réalisant les frottis que ceux les prescrivant. Un médecin avait d'ailleurs déclaré qu'il réalisait les frottis « *de manière systématique à partir de l'âge de 22 ans* ». Ces mêmes résultats avaient été mis en évidence par Beltzung J. dans sa thèse où 82% des médecins Alsaciens réalisant des frottis les démarraient avant l'âge de 25 ans [29].

Selon l'étude de Doris B. effectuer des FCU avant 25 ans au prétexte qu'une patiente ait été exposée aux co-facteurs de risque d'infection à HPV ne paraît pas justifié par la gravité ou la fréquence des lésions cytologiques observées. D'autant que cela entraîne un surcoût financier et de potentiels gestes délétères comme les conisations probablement excessives chez les patientes les plus jeunes [67].

Selon les données déclaratives de l'enquête Baromètre Santé 2010, le dépistage toucherait plus d'une femme sur 2 âgées de 18 à 24 ans et plus de 3 femmes sur 4 âgées de 66 à 75 ans [30].

Les recommandations de la HAS qui reposent sur la Conférence de Consensus de Lille en 1990 confirment une fréquence de dépistage triennale entre 25 et 65 ans. Mais elle constate dans la situation actuelle que 52 % des femmes ne sont pas ou sont trop peu souvent dépistées ; qu'environ 40 % des femmes sont dépistées trop fréquemment et que seulement 8 % des femmes bénéficient d'un dépistage dans l'intervalle recommandé [13].

Ainsi, tous les ans en France, 6 millions de frottis sont réalisés et remboursés par la sécurité sociale, ce qui correspond à une couverture du dépistage de près de 90 % si toutes les femmes concernées ne faisaient qu'un seul FCU de dépistage tous les 3 ans. Ce n'est donc pas un problème de financement (puisque la dépense est faite) mais une population mal ciblée [31].

IV.1.d. Frottis et rémunération sur objectif de santé publique

Dans notre étude les médecins réalisant des frottis au cabinet **n'avaient pas** une meilleure rémunération sur objectif de santé publique que les médecins ne les effectuant pas. Pour la quasi-totalité de nos médecins répondants, la mise en place de la rémunération sur objectif de santé publique **ne les a pas incités** à réaliser plus de frottis (93,3%). Ces résultats sont similaires à ceux retrouvés dans l'étude de Martini F. qui avait mis en évidence le fait que la ROSP n'avait pas entraîné de modification des taux de réalisation des FCU chez les patientes suivies par les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais [32].

IV.1.e. Frottis et vaccination

Comme dans l'étude de Macé S. réalisée chez les médecins généralistes de Haute Savoie [33], la quasi-totalité des médecins de notre étude **étaient favorables** et **réalisaient les vaccins** contre le Papillomavirus (95,8%). Cependant, en France la couverture vaccinale n'est que de 17 %. Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) rappelait, dans un rapport publié en 2015, qu'avec une couverture vaccinale aussi faible, il n'était pas possible de bénéficier de l'efficacité constatée dans les pays ayant des couvertures vaccinales beaucoup plus élevées (80% au Royaume-Uni) [34].

Un médecin déclarait « *Je ne réalise pas de frottis si ma patiente a été vaccinée contre le Papillomavirus* ». Cependant la vaccination ne remplace pas le frottis. Précédemment nous avons vu que les vaccins **ne protégeaient pas** contre tous les génotypes oncogènes et que 20 à 30 % des génotypes non contenus dans les vaccins sont à l'origine du cancer du col. Il est donc primordial de poursuivre les frottis même si la vaccination a eu lieu comme le rappelle la HAS [13].

Un autre médecin déclarait « *Je ne vaccine pas contre le Papillomavirus puisqu'il existe le frottis* ». Le frottis permet de déceler des lésions à un stade précoce, et le vaccin permet de prévenir leur apparition. Une étude australienne a mis en évidence une réduction de la prévalence des verrues génitales de 2004 à 2011 grâce à la vaccination systématique par le vaccin tétravalent à l'école depuis 2007 [35]. Une autre étude aux Etats-Unis révèle une diminution de la prévalence de l'infection à HPV de 56% chez les adolescentes de 14 à 19 ans depuis l'introduction de la vaccination en 2006 [36]. Et d'après la HAS, l'efficacité pour la prévention des lésions cervicales de haut grade (CIN2+) liées aux HPV 16 et 18, en per protocole, avec un suivi de 4 ans, est pour le Gardasil® de 98,2% et pour le Cervarix® de 94,9% [22].

D'ailleurs dans sa publication parue sur le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, le Pr Graesslin O. rappelle ainsi toute l'importance de l'association de la prévention primaire (vaccination) à la prévention secondaire (frottis) [37].

IV.1.f. Dépistage organisé

83,2% des médecins de notre étude étaient favorables à la mise en place d'un dépistage organisé. Ces résultats étaient en accord avec l'Observatoire Régional de Santé (ORS) Bourgogne et ceux retrouvés par Caballero M. dans son étude sur l'impact du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus chez les médecins généralistes du Val de Marne [38 ; 39].

Un des médecins avait cependant déclaré qu'il était contre et qu'il fallait « *arrêter de harceler les patients pour leur trouver un problème de santé* ». Mais les résultats obtenus après l'instauration d'un dépistage organisé du cancer du col dans 13 départements français sont prometteurs. En effet, un total de 1,33 millions de femmes n'ayant pas réalisé de frottis sur prescription individuelle au cours des trois dernières années a reçu une incitation à se faire dépister. La couverture globale du dépistage était de 62 %. Les invitations ont permis de dépister près de 231 000 femmes et les relances 48 000 femmes supplémentaires. Douze mois après avoir reçu une incitation ou une relance, près de 280 000 femmes ont fait un FCU qu'elles n'auraient probablement pas fait. Au

total, 323 cancers invasifs et 5 180 lésions précancéreuses ont été détectés. Cette évaluation montre qu'une généralisation du dépistage organisé permettrait d'accroître le nombre de femmes dépistées. Ces résultats témoignent d'un impact positif du programme, avec un gain significatif de couverture de dépistage [40].

Un autre déclarait « *la mise en place d'un test de dépistage va être trop coûteux pour la société* » hors une modélisation économique met en évidence une diminution de la dépense de l'assurance maladie. Dans une étude sur l'économie de la santé, nous constatons que l'Assurance Maladie dépense 332 millions par an dans le cadre du dépistage individuel (en comptant le coût du dépistage et celui des soins des lésions cancéreuses et précancéreuses). Dans le cadre du dépistage organisé elle n'aurait plus qu'à dépenser 225 millions d'euros, soit 107 millions de moins [41].

IV.2. Résultats secondaires,

IV.2.a. Les motifs de non réalisation des frottis par nos médecins généralistes

Les principaux motifs de non réalisation de frottis étaient : le manque de temps et le fait que les médecins préféraient diriger leurs patientes vers un confrère.

- Dans notre étude comme dans celles de Dias S., de Squimbre C. et de Levasseur G. [28 ; 42 ; 43] **le manque de temps** était le motif principal de non réalisation des frottis au cabinet. L'information sur l'intérêt, les modalités et les conséquences du dépistage est longue, sans compter la réalisation de l'acte. On comprend donc bien la difficulté des médecins généralistes à intégrer le dépistage du cancer du col dans la consultation habituelle. Il en est de même dans une étude réalisée en Bourgogne en 2004 par l'ORS : le manque de temps constituait un des obstacles principaux pour la prescription ou réalisation de frottis [38].

- Une part non négligeable des médecins déclaraient **manquer de formation et ne pas savoir réaliser** les frottis. Pour certains la formation en gynécologie au cours de leurs études a été faible ou inexistante. Il fallait choisir entre un stage en gynécologie ou en pédiatrie durant son internat. Nombreux sont les médecins qui n'ont jamais réalisé de frottis durant leur cursus. Dans son étude, Mauran N. constatait que 80 % des médecins interrogés étaient insatisfaits de leur apprentissage pratique [44]. Et dans son travail sur les difficultés rencontrées par les MG concernant les consultations de gynécologie, Charier Y. relevait que le frein principal était le manque de formation et de pratique pour les actes techniques [45].

- **Une rémunération insuffisante** : elle est citée comme un obstacle et son augmentation serait une mesure incitative à la réalisation de l'acte. La cotation (code JKHD001/2) et la rémunération (6,23 euros) semblent dérisoires par rapport au temps et au matériel nécessaires à sa réalisation. Cela avait également été mis en évidence par Brosset M. dans sa thèse où le principal frein à la réalisation de la gynécologie en médecine générale était le rapport rémunération/temps passé et matériel utilisé non favorable [46].
- La réalisation de ce geste nécessite du **matériel** : table d'examen avec étriers, différents types de spéculums, matériel de prélèvements dont le coût est à la charge du médecin. D'ailleurs l'approvisionnement en matériel est un des éléments qui inciterait le médecin à en réaliser davantage. Ces éléments sont retrouvés par Carpeza E. qui recherchait en 2006 les raisons de non-réalisation des gestes techniques de gynécologie par les médecins généralistes réunionnais [47].
- Le **manque d'intérêt** : il pourrait s'expliquer par un manque d'aisance des praticiens. Peu en confiance, ils se démotiveraient plus facilement pour cette discipline. Cette notion avait également été mise en évidence par Dias S. dans son travail sur l'état des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-De-France [42].

IV.2.b. Les réticences retrouvées chez les patientes,

Dans notre étude les principales réticences des patientes avancées par les médecins sont la négligence du suivi gynécologique et le fait qu'elle préfèrent consulter un gynécologue.

- **La négligence du suivi gynécologique** : 50 à 70 % des cancers du col se développent chez des femmes qui n'ont pas eu de dépistage ou pour lesquelles le dépistage a été insuffisant. Les patientes ne viennent pas spontanément pour un problème de prévention mais attendent de voir le médecin quand elles ont un problème de santé. Elles ne comprennent pas forcément la nécessité de faire un examen préventif. Dans son étude Blanckaert M. évoquait le fait que beaucoup de femmes se disaient non concernées par le suivi gynécologique et le dépistage ainsi que par la maladie. Elles invoquaient leur âge, la ménopause et l'absence de symptômes. L'aspect non prioritaire de l'examen ou des événements intercurrents faisaient reculer les rendez-vous [48].

Plusieurs études montrent que les femmes à convaincre pour ce dépistage sont celles qui n'ont pas de demande et ne rencontrent pas de gynécologue. Dans son travail Garson S., met en évidence

que les femmes seraient ravies que leur médecin aborde le sujet du dépistage même lorsqu'elles viennent pour un simple rhume [49].

- Venait ensuite le fait que les patientes **préfèrent consulter leurs gynécologues ou sages-femmes** que cela soit par pudeur ou par méfiance concernant leurs compétences. Selon Ora M. en 2007 [50] les patientes jugeaient le gynécologue plus compétent que le médecin généraliste. Il ressortait un problème de pudeur vis-à-vis du médecin de famille et elles estimaient être moins bien examinées par leurs médecins que par les gynécologues. Cette notion a été retrouvée dans d'autres études où le médecin généraliste était vu comme quelqu'un de trop proche et le sentiment de gêne était majoré [51]. Selon l'étude de Chaffaux C., les patientes reconnaissent les compétences du MG pour la contraception orale, le traitement de la ménopause, mais elles étaient méfiantes quant à la pose d'un stérilet, d'un implant ou la réalisation d'un frottis par ce même professionnel [52]. Cependant en cas d'infection gynécologique plus grave les femmes n'hésitent pas à se diriger vers le généraliste, il serait important que les médias relayent l'aptitude du médecin généraliste à réaliser des frottis.

- Dans une étude menée en 2004, la quasi-totalité des généralistes [53] était persuadée que les patients qui souhaitent aborder des questions concernant leur santé sexuelle préfèrent consulter un médecin du même sexe qu'eux. Dans une autre étude, les médecins généralistes masculins délégueraient plus que leurs consœurs féminines, et évoqueraient une réticence des patientes comme raison principale [54]. Cette réticence est également mentionnée par un de nos médecins, cependant nous ne mettons pas de différence statistiquement significative entre le genre du médecin et le fait de réaliser ou non des frottis.

- Les **conditions socio-économiques défavorables des patientes** occupent la 6^{ème} place des réticences mentionnées par nos médecins. Les travaux de recherche menés à l'étranger montrent que la mortalité par cancer, toutes localisations confondues est toujours plus élevée chez les personnes ayant un statut socio-économique bas [55]. Le baromètre cancer 2010 a interrogé 1514 femmes âgées de 25 à 65 ans [30]. La réalisation d'un frottis au cours des trois dernières années est fortement associée à l'âge, cette pratique est plus fréquente parmi les femmes âgées de 45 à 49 ans, vivant en couple, étant en activité, ayant un niveau d'étude supérieur ou égal au baccalauréat, disposant de revenus supérieurs et non ménopausées. Seules 43 % des femmes de moins de 50 ans bénéficiant de la couverture médicale universelle complémentaire (CMU) ont eu un FCU au cours

des trois dernières années. Ces résultats sont superposables à l'étude conduite par l'InCa portant sur 125 519 femmes où les femmes non dépistées étaient principalement des femmes en ALD, âgées de plus de 50 ans, en invalidité, résidant dans une commune identifiée comme défavorisée et bénéficiaires de la CMU [65].

- **La méconnaissance de la possibilité du médecin généraliste à réaliser des frottis** : cela avait été plus mentionné par les médecins réalisant des frottis, probablement parce qu'en proposant de réaliser le geste, ils sont confrontés à l'ignorance de leurs patientes. Dans son étude qualitative chez les femmes du Nord-Pas-De-Calais, Blanckaert M. met en évidence que les femmes interrogées avaient des représentations sur les rôles du médecin généraliste : certaines pensaient que le MG ne faisait pas de gynécologie. Elle soulignait également que le gynécologue était plus compétent que le MG pour le suivi. Ceci pourrait expliquer la faible proportion de femmes réalisant des frottis chez leur MG [48].

- **La méconnaissance du frottis ou du cancer du col** avait été mentionnée comme un obstacle dans notre étude comme dans celle de Blanckaert M. [48] où elle mettait en évidence le fait que les femmes non dépistées déploraient une absence de proposition et même d'évocation du suivi gynécologique en consultation de médecine générale. Pour les femmes qui ont entendu parler du FCU et qui ont l'intention de le faire réaliser, sa finalité ou ses modalités restaient imprécises. Ceci était probablement une conséquence du manque d'information de la part des médecins, des médias ou de l'entourage. Cette absence de proposition par les MG était un des critères de choix du gynécologue pour la réalisation du FCU. Mais les patientes regrettent la difficulté qu'elles éprouvent lors de la prise de rendez-vous chez le spécialiste. Dans d'autres études, des problèmes d'accès au dépistage étaient relevés, le manque de médecins aurait pour conséquence des délais de rendez-vous plus longs et des durées de consultation plus courtes, ce qui décourageait les femmes d'avoir un suivi gynécologique [56].

Dans le dernier Baromètre cancer, lorsque l'on demande aux femmes non suivies ce qui pourrait les amener à faire cet examen, 13 % citent spontanément le fait que leur médecin généraliste en parle [30].

- **La peur du résultat** ressort peu dans notre étude contrairement à d'autres données de la littérature [28 ; 56].

IV.2.c. Les motivations à la réalisation des frottis.

Parmi nos médecins réalisant des frottis, les principales motivations à les effectuer sont : le fait que cela soit **indispensable au bon suivi de la patiente**, le **rôle de prévention du médecin généraliste** et le fait que le cancer du col soit un **problème de santé publique**. Peu de médecin avancent l'intérêt pour la pratique comme motivation et aucun n'est motivé par la rémunération. Résultats que l'on retrouve dans les données de la littérature [54 ; 57].

Dans le dernier Baromètre santé où 95,7% des médecins interrogés ont déclaré qu'ils devaient intervenir dans la prévention [58]. Les généralistes revendiquent la **prévention** comme une de leur spécificité et se considèrent d'ailleurs comme les **acteurs principaux** de cette tâche. Ils apparaissent à différents égards comme les professionnels de santé les mieux placés pour dispenser des soins préventifs à l'ensemble de la population. En termes d'accessibilité, ils sont les praticiens de première ligne, visibles dans des délais relativement brefs. Ils suivent leurs patientes dans la durée et de façon rapprochée, ce qui multiplie les opportunités de dispenser des soins préventifs. Ce sont les seuls professionnels de santé en contact avec l'ensemble de la population, ils touchent les **exclues** du dépistage qui sont par ailleurs les **plus exposées**. Il est donc primordial que les médecins généralistes abordent le sujet du FCU au cours de leurs consultations et s'assurent que ce dernier soit bien réalisé.

IV.2.d. Les éléments qui inciteraient les médecins généralistes à réaliser des frottis

Les médecins ne réalisant pas de frottis aimeraient de manière statistiquement significative ($p < 0,05$) une **formation au prélèvement**. Tandis que les médecins réalisant des frottis aimeraient davantage **développer et améliorer les informations** ($p < 0,05$).

- L'élément qui inciterait le plus les médecins généralistes de notre étude à la réalisation de frottis serait de **dédier des consultations au dépistage**. Dans une enquête réalisée auprès d'un panel représentatif de médecins généralistes bretons composant le Baromètre des pratiques en médecine générale, 84% des médecins estimaient avoir à effectuer des tâches en consultation qui ne relevaient pas de leur qualification [59]. Les contraintes temporelles, la complexité des informations à donner aux patientes et la multitude de problèmes à gérer au cours des consultations ne permettent pas aux médecins d'exercer leur rôle de prévention comme ils le souhaiteraient. Selon Gauwin G., les motifs multiples de consultations constituent l'un des principaux freins au

dépistage dans son étude menée chez les médecins généralistes en Haute-Normandie [57]. Une **consultation dédiée au dépistage** ouvrirait des perspectives très intéressantes, cela valoriserait la prévention et légitimerait le travail du médecin.

- Le 2^{ème} élément le plus incitatif serait de **rendre ce dépistage organisé**. Dans son étude sur l'impact du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus par frottis sur les pratiques des médecins généralistes, Caballero M. [39] met en évidence un changement significatif positif des pratiques après instauration du dépistage organisé sur l'information des patientes et l'organisation du dossier de soin.

- **Développer et améliorer l'information** : elle est surtout réclamée par les médecins réalisant des frottis. Une meilleure information pourrait convaincre les femmes les plus réticentes et permettrait de réduire les inégalités. La médiatisation est moindre que pour celle sur le cancer du sein. Elle doit porter sur l'intérêt et les modalités du dépistage, ainsi que sur la possibilité du médecin généraliste à les réaliser. Dans une étude réalisée par l'Institut BVA [60] « seules 20 % des femmes estiment que les médecins généralistes sont suffisamment formés pour assurer le suivi gynécologique ». Il semblerait donc nécessaire de diffuser de façon publique une meilleure information aux patientes quant au rôle que peut tenir le médecin généraliste dans leur suivi gynécologique. Il s'agit d'un des objectifs phares du 3^{ème} plan cancer. Le praticien doit aussi manifester ses compétences de façon plus claire.

- Comme vu précédemment, une **meilleure rémunération de l'acte** et une **formation à la réalisation au prélèvement** inciteraient les médecins à réaliser des frottis. Cette formation est d'autant plus demandée par les médecins ne réalisant pas de frottis au cabinet. Il pourrait être proposé des formations ciblées sur les gestes pratiques sur des mannequins à l'hôpital. Un diplôme interuniversitaire peut être difficile à combiner avec une activité libérale. Il est donc indispensable que les étudiants soient formés aux prélèvements durant leur cursus. Ces résultats sont en accord avec les données de la littérature [48 ; 54 ; 60]

- Un **meilleur approvisionnement en matériel** : au même titre que le cancer colo rectal, ou le test de diagnostic, pourquoi ne pas mettre à disposition le matériel nécessaire au médecin pour la réalisation du frottis. Dans leurs études Maura N. et Dias S. relèvent également ce problème et

Toullec-Petit rappelait que seulement 55 % des médecins généralistes avaient le matériel gynécologique nécessaire au cabinet [42 ; 44].

- Une minorité des médecins aimeraient **faciliter le dépistage**. L'auto-prélèvement vaginal qui consiste à récupérer quelques cellules au niveau du vagin par léger frottement à l'aide d'un écouvillon recherche la présence de Papillomavirus à haut risque. Pour le moment les auto-prélèvements sont proposés dans le cadre d'études et ne sont pas disponibles sur demande. L'étude menée en Indre et Loire montre de bons résultats : l'envoi à domicile de kit d'auto-prélèvements augmente la participation au dépistage du CCU [61]. Mais cet auto-prélèvement ne se substitue en aucun cas au FCU. Peut-être à l'avenir ?

- Quelques médecins aimeraient **rendre ce dépistage exclusif à un seul professionnel de santé** : un médecin généraliste supposant sa patiente suivie par ailleurs par un gynécologue, ne pose peut-être même plus la question du FCU. Dans son étude Squimbre C. mettait en évidence que les médecins déploraient un manque de coordination entre professionnels de santé, ce qui ne facilite pas le suivi [28]. Cependant on peut penser à une meilleure adhésion de la patiente au programme de dépistage si on lui offre plus de choix sur le lieu de réalisation de son frottis.

IV.3. Forces et biais de l'étude

Dans notre étude, les médecins âgés de 25 à 35 ans étaient plus représentés, se sentiraient-ils plus concernés par la gynécologie ? Cependant la moyenne d'âge était comparable entre les médecins généralistes de notre étude et les médecins généralistes picards. L'échantillon des médecins généralistes de notre étude est donc proche de la population des médecins généralistes picards.

IV.3.a. Les biais

Le taux de réponse s'élevant à 23,8 % est relativement satisfaisant. Cependant il ne correspond qu'à 8,2% des médecins généralistes de Picardie.

Cette étude n'a été faite qu'en Picardie, elle ne représente donc pas la pratique des médecins généralistes français.

IV.3.1.i. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire était long (25 questions) ce qui a pu limiter le nombre de médecins répondants.

Il existe des biais dans sa composition, comme l'oubli de la distance séparant le médecin généraliste d'un cabinet de gynécologie ou d'un centre hospitalier.

Nous aurions pu ajouter également à quelle fréquence les médecins généralistes réalisaient ou prescrivaient les frottis.

Certaines questions avaient manqué de précision, c'était notamment le cas de la question concernant la prescription ou réalisation des frottis hors recommandation, nous aurions dû préciser ce qu'entendait les médecins par « antécédents personnels ». Cela peut engendrer un biais d'analyse.

Cependant il était toujours proposé la réponse « autre » qui permettait au médecin de s'exprimer librement.

De même concernant les réponses des questions « freins à la réalisation des frottis », « réticences retrouvées chez les patientes » et « éléments qui inciteraient au dépistage », l'ordre de préférence des réponses pour ces questions aurait pu être demandé afin de faciliter l'interprétation des résultats.

IV.3.1.ii. Biais de sélection

On peut penser que les médecins les plus intéressés par le dépistage du cancer du col de l'utérus ont davantage répondu que les autres. Nous pouvons donc penser que les médecins de notre échantillon étaient mieux informés et davantage sensibilisés au dépistage, qu'il soit individuel ou organisé, ce qui constitue un biais de sélection.

IV.3.1.iii. Biais de mesure

Les données ayant été obtenues par remplissage de questionnaires adressés par courrier postal, la nature déclarative des répondants n'a pu être contrôlée. Les réponses ainsi obtenues sont

susceptibles de ne pas refléter les pratiques réelles des praticiens au cours de la période étudiée. Il est possible que les médecins aient voulu dépeindre positivement la prise en charge des patients en matière de prévention.

Les FCU réalisés en milieu hospitalier ne sont pas totalement comptabilisés cela peut donc en partie fausser les résultats de la rémunération sur objectif de santé publique.

IV.3.b. Limites de l'étude

Nous aurions pu interroger les médecins sur la manière dont ils concevaient l'organisation du dépistage sous forme de question ouverte afin de connaître la place et la reconnaissance souhaitée. Nous avons tout de même eu des commentaires à ce sujet dans la rubrique prévue à cet effet.

Certaines limites de l'étude et de ses résultats peuvent être imputées à la procédure de recueil des données de l'étude. En effet, le recueil sous forme informatique nécessitait une manipulation de la part des médecins. Bien que relativement simple, elle nécessitait un minimum d'habitude de l'ordinateur et de l'outil d'AmeliPro. Cela constitue donc un possible frein aux réponses.

IV.3.c. Les forces de l'étude

La thématique traitée est actuelle, le cancer du col de l'utérus reste une priorité de santé publique depuis plusieurs années, il occupe d'ailleurs une place importante dans le plan cancer 2014-2019.

Une des forces de notre étude est également son caractère original et complet, s'intéressant à la fois à la pratique du médecin, à la rémunération sur objectif de santé publique, aux réticences des patientes, aux freins et aux motivations des médecins et des éléments qui les inciteraient à modifier leur pratique. L'analyse de ces données peut donner différentes pistes afin d'optimiser ce dépistage.

Durant la période de recherche bibliographique, des études ont été retrouvées sur ce sujet au niveau national, mais aucune en Picardie. Une thèse a été retrouvée sur les pratiques de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus des médecins généralistes de la Somme. Elle ne s'intéressait donc pas à toute la Picardie, ne mettait pas en évidence les freins et les éventuels facteurs qui inciteraient les médecins généralistes à modifier leur pratique et ne se penchait pas sur la ROSP.

L'URPS et l'ADECASO avaient été très intéressés par notre étude et voulait être tenus informés des résultats.

IV.4. Notre étude par rapport aux données de la littérature

Le taux de médecins réalisant des frottis dans notre étude était plus élevé que dans d'autres données de la littérature. Il était d'un tiers d'après un travail de thèse réalisé auprès de 123 médecins généralistes du Val d'Oise [51], de 40 % dans l'étude de Dominique M. réalisée à Nice [26] et de Claudon C. réalisé en 2007 à Montpellier [62]. Nous pouvons expliquer cette différence par la faible densité de gynécologues et par la forte ruralité en Picardie.

Comme dans les études citées précédemment, nous n'avons pas établi de différence significative dans la réalisation des frottis en fonction de l'âge des médecins ni de leur durée d'installation.

Dans d'autres données de la littérature [23 ; 28 ; 62] les médecins de sexe féminin réalisaient plus de frottis que les hommes. Dans notre étude cela n'avait pas été mis en évidence.

IV.5. Perspectives d'évolution

Après analyse des résultats, la promotion des dépistages organisés devrait être poursuivie et même majorée, à la fois auprès des populations médicales et des populations cibles. Dans cette optique, la mise en place prochaine d'un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus est une évolution cohérente et attendue. Il est nécessaire d'apporter des informations claires sur le rôle et les compétences des médecins généralistes. La médecine générale devrait être une véritable médecine de premier recours et il est essentiel que les patientes prennent conscience des compétences de leur médecin généraliste afin de se tourner plus facilement vers lui. D'un autre côté, il est nécessaire que les médecins réalisent des efforts et se forment à la réalisation des frottis. De même ils doivent évoquer son existence à leurs patientes même si ces dernières les consultent pour d'autres motifs. Nos résultats peuvent apporter quelques pistes de réflexion afin d'augmenter la participation des femmes à ce dépistage.

Voici ce à quoi nous pensons :

- Sensibiliser les médecins généralistes sur leur rôle majeur d'information et d'incitation à la réalisation d'un test de dépistage ;

- Exploiter davantage l'outil informatique en s'efforçant de noter pour chaque patiente la date et le résultat du dernier dépistage, avec une alarme lorsque celui-ci doit être réalisé à nouveau ;
- Améliorer la formation pratique des médecins généralistes à la réalisation des FCU à l'occasion par exemple, d'une séance de formation médicale continue qui permettrait d'apprendre les gestes techniques,
- Dédramatiser, démystifier l'examen gynécologique auprès des femmes par le biais d'une campagne d'information ;
- Instaurer un conseil minimal sur la participation aux dépistages et sur les raisons du refus éventuel ;
- Il faudrait renforcer davantage l'information sur le CCU et sur l'intérêt de son dépistage, sous forme de campagne d'information à la télévision, dans les journaux, à l'école, sur les boîtes de pilules ...
- Il faudrait également informer les patientes sur les compétences du généraliste à faire un FCU, peut-être par le biais d'affichage en salle d'attente des cabinets de médecine générale,
- De même, éduquer les patients afin que ces derniers ne viennent pas avec de multiples motifs de consultation. Nous avons vu que le fait de dédier des consultations au dépistage serait un des éléments majeurs qui inciterait le médecin généraliste à réaliser davantage de frottis. Pourquoi ne pas créer pour chaque patiente, une fois par an, une consultation dédiée au dépistage, totalement remboursée par la sécurité sociale ?
- Enfin, la valorisation de l'acte frottis pourrait inciter les médecins généralistes à le réaliser,

IV.5.a. Le dépistage organisé

Le Plan cancer 2014-2019 (3^{ème} Plan) porte sur un programme de santé publique dont l'objectif est de lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage du cancer du col utérin en s'appuyant sur un programme national de dépistage organisé. Il s'agit en effet, après ceux du cancer du sein et du cancer colorectal, de mettre en place un troisième programme de dépistage d'envergure nationale.

Depuis plus de 20 ans, le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) plaide pour l'organisation du dépistage du cancer du col utérin. Le dépistage organisé a fait la preuve de sa supériorité par rapport au dépistage individuel en termes d'efficacité, d'efficience ainsi que d'équité et d'égalité d'accès à la prévention. Le but de rendre ce dépistage organisé est

de couvrir 80 % des femmes, comme le fixe l'objectif de la loi santé publique du 9 août 2004 pour ce cancer contre 56 % actuellement. Ceci afin de réduire l'incidence du cancer du col de l'utérus de 30 % dans un premier temps, puis d'éradiquer ce cancer [10].

Comme nous l'avons vu précédemment, depuis 2010, le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus a permis une couverture dans les 13 départements cible de 62% (Isère, Martinique, Alsace (2 départements), Auvergne (4 départements), Cher, Indre-et-Loire, Maine-et-Loire, La Réunion, Val-de-Marne). Les invitations ont permis de dépister près de 231 000 femmes et les relances 48 000 femmes supplémentaires. Ainsi 323 cancers invasifs et 5 180 lésions précancéreuses ont été détectés.

Le cahier des charges concernant les modalités de la mise en place du dépistage organisé ne devrait être disponible qu'en fin d'année 2017. Ce dépistage organisé reste fondé sur la réalisation d'un FCU tous les 3 ans (après 2 FCU normaux réalisés à 1 an d'intervalle) à partir de 25 ans et jusqu'à 65 ans chez les femmes asymptomatiques ayant ou ayant eu une activité sexuelle. La cytologie serait alors effectuée en milieu liquide. Un courrier d'invitation serait ainsi adressé aux femmes de 25 à 65 ans, cumulé à un système de relance avec envoi d'un kit d'auto-prélèvement HPV [63].

Les premiers pays à mettre en place un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus étaient le Canada et la Finlande dans le début des années 60, le Royaume-Uni en 1964, puis vinrent l'Islande, l'Irlande et les Pays-Bas. De nombreuses études ont été réalisées à travers l'Europe et dans le monde, elles s'accordent sur le fait d'une meilleure couverture de la population cible.

Parallèlement, le Plan vise à renforcer l'accès à la vaccination contre le papillomavirus dont l'impact est attendu à plus long terme.

IV.5.b. Un dépistage organisé mais pas que ?

Une étude américaine parue dans *The American Journal of Preventive Medicine* suggère que les taux d'incidence de ce type de cancer ne commencent à décliner que vers 85 ans. « *Une femme plus âgée encourt un risque similaire voire supérieur de développer un cancer du col de l'utérus par rapport aux femmes plus jeunes* » affirme le Dr Mary White, auteur principal de l'étude. Les chercheurs en sont arrivés à ces résultats après avoir analysé les données de 2013 à 2015 de *La National Health Interview Survey* : les taux d'incidence pour ce cancer ne cessent d'augmenter

jusqu'à 70 ans et ne diminuent pas avant 85 ans [64]. Les auteurs soulignent aussi que l'arrêt prématuré du dépistage avant 65 ans pourrait contribuer à des cas évitables de cancer du col et des décès. Dans leurs conclusions, les auteurs vont même plus loin, se demandant si « *cet âge limite ne devrait pas être reconsidéré* ». L'espérance de vie étant en constante augmentation, ne faudrait-il pas revoir l'âge limite du dernier frottis ?

IV.5.c. Vers une révolution ?

Un premier essai humain très concluant vient de démontrer que la prise d'Active Hexose Correlated Compound (AHCC), un composé rare provenant de la racine du Shiitaké (champignon), pourrait être le premier traitement contre le HPV. Lors de la 11^{ème} Conférence internationale de la société pour l'oncologie intégrative, Judith A. Smith, pharmacien et professeur a présenté les résultats d'une étude pilote montrant que le complément d'AHCC peut éliminer le virus HPV. Un essai de phase II contrôlé et en double aveugle contre placebo est actuellement en cours à l'école de médecine de Houston. Si cette étude confirme les premiers résultats, « un clinicien pourrait recommander l'AHCC comme supplément nutritionnel pour traiter les infections au HPV » a conclu Judith A. Smith [66].

V. CONCLUSION

La prévention des cancers constitue une priorité de santé publique puisqu'ils représentent la première cause de mortalité prématurée en France, ainsi le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer chez la femme de moins de 45 ans.

Le frottis cervico-utérin (FCU) permet de diagnostiquer des lésions pré cancéreuses, d'instaurer un traitement précoce et d'éviter la survenue d'un cancer invasif.

Cependant au niveau national seulement 8% des femmes bénéficient d'un FCU dans les intervalles de temps recommandés. Les taux de couverture par FCU sont parmi les plus bas en Picardie avec un taux de 39,90% dans l'Aisne ; de 46,50% dans la Somme et de 52 % dans l'Oise. Il était donc pertinent de faire l'état des lieux de la pratique du FCU chez nos médecins généralistes picards.

Notre étude met en évidence le fait que moins de deux tiers (60,60%) des médecins généralistes picards effectuaient les frottis au cabinet, ils exerçaient principalement en milieu rural. Ils sont cependant sensibilisés au dépistage du cancer du col de l'utérus, puisque même si 39,40% des médecins généralistes de notre étude n'effectuaient pas les frottis ils adressaient tous leurs patientes à un autre professionnel de santé en mesure de l'effectuer.

Mais les résultats de la rémunération sur objectif de santé publique sont tout autre : seulement 3 médecins de notre étude (soit 2,5%) ont atteint les taux attendu par la loi de Santé Publique qui vise 80 % de couverture par frottis des patientes âgées de 25 à 65 ans.

Les obstacles à la réalisation des frottis au cabinet sont de natures différentes. Certains tiennent aux médecins eux-mêmes : le fait de ne pas savoir réaliser les frottis, la pudeur, le manque d'intérêt pour la pratique. D'autres tiennent aux conditions de travail : le manque de temps ou de matériel, la gestion de multiples motifs de consultation et une rémunération insuffisante.

D'autres relèvent des femmes (conditions socioéconomiques défavorables ou négligence du suivi gynécologique) ou de leurs représentations : réticences ou manque de confiance dans la capacité des médecins généralistes à effectuer les actes.

Les médecins ne réalisant pas de frottis au cabinet ont suivi de manière statistiquement significative moins de formation complémentaire en gynécologie et estiment avoir de moindres connaissances

en gynécologie que les médecins les réalisant. Ces mêmes médecins déclarent qu'une formation au prélèvement les inciteraient à effectuer les frottis au cabinet.

De nombreux éléments inciteraient les médecins à réaliser des frottis au cabinet notamment le fait de dédier des consultations au dépistage, de rendre ce dépistage organisé, d'obtenir une meilleure indemnité de l'acte, de développer les informations et d'obtenir une meilleure formation au prélèvement. Ces éléments sont loin d'être insurmontables et constituent des pistes pour une amélioration de la couverture par frottis. Cela permettrait rappelons-le d'éviter la survenue de plus de 3 000 cancers par an et de 1 000 décès secondaires.

Il ne faut pas oublier que le médecin généraliste, au-delà de sa place dans le système de soins, et en raison de l'impact de son discours auprès de ses patientes, est un des leviers les plus pertinents dans l'incitation des personnes concernées à réaliser ces dépistages. Ils doivent donc prendre leur rôle à cœur et inciter davantage les patientes à réaliser leurs frottis ; d'autre part les patientes doivent faire davantage confiance en leur médecins généralistes. Il faut développer et valoriser leur place d'acteur en santé publique car ils sont en première ligne.

Dans cette perspective, le plan cancer 2014-2019 préconise d'instaurer le dépistage organisé à partir de l'année 2018. Il vise ainsi à un taux de couverture de plus de 80 % dans le but dans un premier temps de réduire l'incidence du cancer du col de 30 % puis d'éradiquer ce cancer.

Il serait intéressant d'étudier le point de vue des patientes sur de nouvelles mesures : à quel professionnel de santé préféreraient-elles confier ce dépistage et dans quelles conditions ?

La réalisation de ce travail a renforcé ma conviction sur l'intérêt de la prévention en médecine générale, à laquelle je m'efforcerai d'accorder la place nécessaire dans mon futur exercice de la médecine.

VI. ANNEXES

- ☐ Oui, moins de 5 par mois
- ☐ Non, jamais, mais je dirige mes patientes vers un autre professionnel de santé,
- ☐ Non, jamais, et je ne les adresse pas vers un autre professionnel,
- ☐ Autre :

9. Pour quel(s) motif(s) réalisez-vous des FCU ?

- ☐ Intérêt pour la pratique,
- ☐ Cela vous semble indispensable pour le bon suivi de votre patiente,
- ☐ Rôle indispensable de prévention du médecin généraliste,
- ☐ Pour la rémunération,
- ☐ Cela fait suite aux demandes de vos patientes,
- ☐ Car le cancer du col de l'utérus reste un problème de santé publique,
- ☐ Autre :

10. Si vous réalisez des FCU, les réalisez vous ?

- ☐ Sur lame
- ☐ En phase liquide

11. Vous arrive t- il de réaliser ou prescrire des FCU hors recommandations (donc de les prescrire ou de les réaliser plus tôt, plus tard ou de manière plus fréquente) ?

- ☐ Oui, lorsque mes patientes ont eu des premiers rapports jeunes,
- ☐ Oui, lorsque mes patientes changent régulièrement de partenaires,
- ☐ Oui, lorsque mes patientes sont à risque de par leurs antécédents personnels,
- ☐ Oui, lorsque mes patientes le demandent,
- ☐ Oui, je continue les FCU après l'âge de 65 ans,
- ☐ Non, jamais,
- ☐ Autre :

12. Si au contraire, vous ne réalisez pas de FCU, pour quel(s) motif(s) ?

- ☐ Vous préférez diriger votre patiente chez un confrère,
- ☐ Vous avez peu d'intérêt pour la pratique,
- ☐ Vous manquez de formation et ne savez pas les réaliser,
- ☐ Car vous ne savez pas interpréter le résultat,
- ☐ De part la rémunération insuffisante,
- ☐ Vous manquez de temps,
- ☐ Vous trouvez une trop grande réticence chez votre patiente,
- ☐ Par pudeur de votre part,
- ☐ Vous manquez de matériel,
- ☐ Vous êtes peu convaincus de l'intérêt du FCU,
- ☐ Par oubli
- ☐ Autre :

13. Quelles sont les réticences que vous retrouvez chez vos patientes ?

- ☐ Méconnaissance du FCU par manque d'information,
- ☐ Négligence du suivi gynécologique,
- ☐ Elles préfèrent consulter leur gynécologue ou sage-femme,

- ☐ La pudeur,
- ☐ Conditions socio économiques défavorables,
- ☐ Méconnaissance de la possibilité du MG à réaliser des FCU,
- ☐ La peur du résultat,
- ☐ Le fait de réaliser un FCU par un médecin homme,
- ☐ Autre :

14. Si vous ne réalisez pas de FCU, à qui adressez-vous votre patiente ?

- ☐ Gynécologue,
- ☐ Sage-Femme,
- ☐ Laboratoire,
- ☐ Consœur ou confrère médecin généraliste ayant un intérêt pour la gynécologie,
- ☐ Centre de planification familiale,
- ☐ Centre d'examen de santé (bilan de santé),
- ☐ Je ne les adresse pas à un autre professionnel,
- ☐ Autre :

15. Ressentez-vous le manque croissant de gynécologues ?

- ☐ Oui et cela vous inquiète, mais ne modifie pas votre pratique
- ☐ Oui, vous avez de plus en plus de consultations portées sur la gynécologie,
- ☐ Oui et cela vous incite à réaliser plus de FCU,
- ☐ Oui mais cela ne vous incite pas à réaliser plus de FCU,
- ☐ Non, je ne ressens pas cette désertification,
- ☐ Autre :

**16. Quel est le taux de vos patientes âgées de 25 à 65 ans ayant eu un FCU ?
(Résultats dans le ROSP sur AMELI.FR)**

- ☐ Moins de 50 %,
- ☐ Entre 50 et 60 %,
- ☐ Entre 60 et 70 %
- ☐ Entre 70 et 80 %,
- ☐ Entre 80 et 90 %
- ☐ Plus de 90 %

17. La rémunération sur objectif de santé public (ROSP), mise en place en 2012 vous a t elle incité à réaliser plus de frottis?

- ☐ Oui
- ☐ Non

18. Quels sont les éléments qui vous inciteriez dans le dépistage du cancer du col de l'utérus ?

- ☐ Acte mieux rémunéré,
- ☐ Dédier des consultations au dépistage,
- ☐ Meilleur approvisionnement en matériel,
- ☐ Formation au prélèvement,
- ☐ Faciliter le dépistage,

- ☐ Développer et améliorer les informations,
- ☐ Rendre ce dépistage organisé,
- ☐ Etre rémunéré pour l'organisation du dépistage, quel que soit le professionnel qui effectue le dépistage,
- ☐ Le rendre exclusif à un seul professionnel de santé,
- ☐ Autre :

19. Seriez-vous favorable à la mise en place d'un dépistage organisé par frottis auprès des femmes âgées de 25 à 65 ans, pensez-vous que cela puisse optimiser son taux de réalisation ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Autre :

20. Vous êtes ? ☐ Homme ☐ Femme

21. Vous exercez en milieu ? ☐ Urbain ☐ Rural ☐ Semi-rural

22. Quel est votre âge ?

23. Depuis combien de temps êtes-vous installé ?

- ☐ Moins de 5 ans,
- ☐ Entre 5 et 10 ans,
- ☐ Entre 10 et 20 ans,
- ☐ Plus de 20 ans,

24. Quel est votre mode d'exercice ?

- ☐ Vous exercez seul,
- ☐ Vous exercez en cabinet de groupe,
- ☐ Vous exercez en maison de santé pluridisciplinaire,

25. Nombre de consultations quotidiennes ?

- ☐ Moins de 20
- ☐ Entre 20 et 30
- ☐ Entre 30 et 40
- ☐ Plus de 40

Annexe 2 : Lettre accompagnant le questionnaire adressé aux médecins généralistes

Amiens, le 2 Octobre 2016,

Docteur,

Médecin remplaçant, je réalise actuellement ma thèse sous la direction du Docteur DE COLNET François-Xavier, sur la réalisation des frottis cervico utérins chez les médecins généralistes Picards.

Comme vous le savez le dépistage du cancer du col de l'utérus par la réalisation du frottis cervico utérin est un des objectifs phare du plan cancer 2014-2019, et tend à s'intégrer désormais dans un dépistage organisé. Il s'agit ici d'une étude quantitative, et le but de celle-ci est de mettre en évidence l'implication des médecins généralistes Picards dans le dépistage du cancer du col de l'utérus chez leurs patientes âgées de 25 à 65 ans. Selon la HAS, la couverture stagne aux alentours de 57 % et plus de 50 % des femmes ne sont pas ou trop peu dépistées.

Le succès de ce travail repose sur un taux de participation maximal, vos réponses restant anonymes. Je vous remercie donc par avance, de bien vouloir compléter le questionnaire ci-joint. Si vous le souhaitez, je serais ravie de vous communiquer les résultats de travail sur simple demande par courriel.

Cette étude n'a aucun lien avec l'industrie pharmaceutique et je déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt avec celle-ci,

En vous remerciant par avance de votre collaboration,

Je vous prie de croire, Docteur, en l'expression de ma considération la plus distinguée.

Hélène ADRIANSEN

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Simon W, Heard I. Institut Pasteur : Papillomavirus [Internet en ligne]. Institut Pasteur. 2015 [consulté le 28 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.pasteur.fr/fr/sante/centres-nationaux-reference/les-cnr/papillomavirus>
2. Organisation Mondiale de la Santé. Dernières statistiques mondiales sur le cancer en augmentation à 14,1 millions de nouveaux cas en 2012 [Internet en ligne]. Centre International de Recherche sur le Cancer. 2013 [consulté le 12 mars 2017]. Disponible sur: https://www.iarc.fr/fr/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_F.pdf
3. Garnier A, Brindel P. Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet en ligne]. e-cancer. 2013 [consulté le 28 nov 2016]. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Rechercher-des-publications?theme=175657&year=&type_cancer=&langue=&public=&collection=
4. Duport N. Données Epidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus [Internet en ligne]. Institut De Veille Sanitaire. 2008 [consulté le 28 nov 2016]. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=3243
5. Lansac J. Dépistage du cancer du col de l'utérus en France [Internet en ligne]. La Webzine de la HAS. 2013 [consulté le 28 nov 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1122010/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-en-france
6. HAS. Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2010 [cité 28 nov 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/fiche_de_synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
7. Institut National du Cancer. Les cancers en France. Edition 2015. [Internet]. 2016. Disponible sur : e-cancer.fr
8. HAS. Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique Cancer invasif du col utérin [Internet]. 2010 (consulté le 2 décembre 2016). Disponible sur: www.e-cancer.fr/content/download/95896/1021012/file/GUIALDCOLMD12.pdf
9. Institut Pasteur. Centre national de référence des papillomavirus humains (CNR HPV), Institut Pasteur. Publié en janvier 2013. Consulté le 24 octobre 2016. Disponible sur : <http://www.pasteur.fr/fr/institut-pasteur/presse/fiches-info/cancer-du-col-l-uterus-et-papillomavirus>
10. Winer RL, Lee SK, Hugues JP, O'Reilly S, Kiviat NB, Koutsky LA. Genital Human Papillomavirus infection : incidence and risk factors in a cohort of female university students. Février 2003 ;3(157):218-26.
11. Boulanger J-C, Sevestre H, Bauville E, Ghighi C, Harlicot J-P, Gondry J, Epidemiology of HPV infection. Gynécologie Obstétrique Fertil. Mars 2004 ;32(3) :218-23.

12. Riethmuller D, Schall JP, Mougin C. Epidémiologie et histoire naturelle de l'infection génitale au Papillomavirus Humain. In: Gynécologie et Obstétrique et Fertilité. 2002. p. 46.
13. HAS. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus [Internet en ligne]. 2013 [visité le 15 déc 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08_vf_mel.pdf
14. Bara E, Belaud S, Delavigne V, Lalu G. Lésions précancéreuses [Internet]. Institut National du Cancer. 2010 [cité 31 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-col-de-l-uterus/Lesions-precancereuses>
15. Ostor AG. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review. Int J Gynecol Pathol 1993 Apr;12(2):186-92.
16. Munoz N, Castellsague X, de Gonzalez AB, Gissmann L. Chapter 1 : HPV in the etiology of human cancer. Vaccine 2006 ; 24 (Suppl 3) :S3-1-S310.
17. Khan MJ, Castle PE, Lorincz AT, Wacholder S, Sherman M, Scott DR and All. The elevated 10 year risk of cervical precancer and cancer in women with human papillomavirus (HPV) type 16 or 18 and the possible utility of type-specific HPV testing in clinical practice. J Natl Cancer Inst 2005. 14:1072-9.
18. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le frottis cervico-utérin [Internet]. Institut National du Cancer. 2016. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-depistage-par-frottis-cervico-uterin>
19. Robin G. Dépistage et prévention du cancer du col utérin : frottis cervico-utérin et vaccination [Internet]. Disponible sur: <http://www.cosf59.fr/wp-content/uploads/2015/03/Dépistage-et-prévention-du-cancer-du-col-utérin.pdf>
20. Boulanger J Bergeron C, M V, Sarr A, J V, Rumeau C. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal [Internet]. ANAES. 2002 [cité 18 déc 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/frottis_final_-_recommandations.pdf
21. Bouet P, Rault J-F, Le Breton G. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. Conseil National de l'ordre des médecins. 2016 [consulté le 1 août 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
22. Haut conseil de la santé publique. Commission de la transparence, avis relatif au Gardasil du 1^{er} février 2012, 23p. [En ligne]. Disponbiel sur <http://www.has-sante.fr/portail/jcms>

23. Nicot D. Pratique de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus des médecins généralistes de la somme. [Amiens] Thèse d'exercice : Médecine. Faculté de médecine d'Amiens; 2011.
24. 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 Epidemiol Hebd. 2017;(2-3):39-47. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/2017_2-3_3.html
25. Bungener M, Eisinger F, Erriau G, Aubin-Auger (CNGE) I, Ghasarossian (CNGE) C, Gautier (INPES) A, et al. Médecins généralistes et dépistage des cancers. In Institut National du Cancer; 2010. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/>
26. Dominique M. Gynécologie-obstétrique par le médecin généraliste dans les Alpes Maritimes : enquête personnelle. Thèse de médecine générale, Nice, 2004, 112p.
27. Le Goaziou M-F. Le médecin généraliste peut et doit faire de la gynécologie. Revue du praticien. Médecin généraliste.n°474.1646-1647.
28. Squimbre C. Obstacles à la réalisation du frottis cervico-utérin en médecine générale : étude qualitative chez les médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais [Internet]. Lille; 2012. Disponible sur: <http://gedscd.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/c0c11e83-1506-46db-b721-bc3066ad352f>
29. Beltzung J. Dépistage du cancer du col chez les femmes de moins de 25 ans. Etat des lieux des pratiques des professionnels alsaciens. [Internet]. [Alsace]: Strasbourg; 2015. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/memoires/2015/med/2015_beltzung_julie.pdf
30. Beck F, Gautier A, Amsellem N, Ancellin R, Arwidson P, And all. Baromètre cancer 2010 [Internet]. INPES. 2010 [cité 5 janv 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/BaroCancer2010/pdf/depistages-cancers.pdf>
31. Barré S, Scemama O, Rumeau C, Detournay B, Doz M, Kusnik O, et al. Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2010 [consulté le 28 nov 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/argumentaire_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
32. Martini F. Influence de la rémunération à la performance sur le dépistage des cancers du sein et utérin : Etude réalisée chez les Maîtres de Stage des Universités du Nord-Pas-de-Calais [Internet]. [Nord-Pas-de-Calais]: Lille; 2014 [cité 30 avr 2017]. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/95fd05b7-1d9e-4b45-be0f-8014ecf338b3>

33. Mace S. Quelles sont les perceptions du vaccin anti-HPV par les médecins généralistes et quelles sont leurs attitudes face à une patiente réticente ? Haute Savoie.
34. HSCP. Haut Conseil de Santé Publique. Vaccination contre les infections à Papillomavirus Humain. 10/07/2014. [En Ligne]. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=454>
35. Donovan B, Guy R, Grulich A et al. Quadrivalent human papillomavirus vaccination and trends in genital warts in Australia : analysis of a national sentinel surveillance data. Lancet infect dis. 2011; 11(1) : p. 39-44.
36. Markowitz L, Hariri S, Lin C et al. Reduction in human papillomavirus (HPV) prevalence among young women following HPV vaccine introduction in the United States, National Health and Nutrition Examination Surveys, 2003-2010. J Infect dis, 2013 ; 208(3) : p. 385-393.
37. Graesslin O. Documents et références bibliographiques concernant le cancer du col utérin, le dépistage et la vaccination HPV. 24/04/2014. CNGOF. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/documents/O_Graesseli_vaccin%20HPV.htmlle CNGOF.
38. Weber A, Lémery B, Millot I. Observatoire régional de la santé de Bourgogne. Direction régionale des Affaires Sanitaires et sociales. Prévention des cancers gynécologiques : points de vue des médecins sur les modalités de dépistage en Bourgogne. Dijon, 2004. 52p http://www.orsbourgogne.org/index.php?page=20&mod=0&theme=0&date_an=2004
39. Caballero M. Impact du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin sur les pratiques des médecins généralistes. [Internet]. Disponible sur : http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/caballero_these.pdf
40. Duport N, Salines E, Grémy I. Premiers résultats de l'évaluation du programme expérimental de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2014; Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=9454
41. Le Fur P., Bourgeuil Y., Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. IRDES. Questions d'économie de la santé. Juillet 2009 ; n°144 : 1.
42. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-De-France.
43. Levasseur G. Que disent les médecins généralistes de leurs besoins de formation en gynécologie ? Thèse médecine générale. Rennes. 2002.
44. Maura N. Place du médecin généraliste landais en gynécologie-obstétrique. Thèse de médecine générale. 2006.

45. Charier Y. Les motifs fréquents de consultation gynécologique en médecine générale : pratiques, freins et difficultés. Thèse médecine générale. Corrèze. 2009.
46. Brosset M. Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire dans leur pratique gynéco-obstétricale [Internet]. [Indre-Et-Loire]: Angers; 2013. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_BrossetMarie.pdf
47. Carpeza E. Les gestes techniques gynécologiques en médecine générale à la Réunion : étude descriptive randomisée. Septembre 2006. La Réunion.
48. Blanckaert M. Obstacles à la réalisation du frottis cervico-utérin en médecine générale : étude qualitative par analyse prédictive chez les femmes non dépistées consultant en médecine générale dans le Nord-Pas-De-Calais. [Internet]. [Nord-Pas-de-Calais]: Lille; 2012 [cité 15 mai 2017]. Disponible sur: <http://gedscd.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/fa46c643-f0f4-473e-8b78-4bc1ea4fc707>
49. Garson S. Le profil des femmes qui ne participent pas au dépistage du cancer du col de l'utérus. 2014.
50. Ora M. Orientation et motivations des femmes pour leur prise en charge gynécologique de première intention. Thèse de médecine générale. Créteil. 2007.
51. Labussière N. Frottis cervico-vaginaux en médecine générale. Thèse de médecine générale. Paris 7. Bichat. 2001.
52. Chaffaux C. Suivi gynécologique des femmes en Picardie. Amiens. 2009.
53. Hinchliff S, Gott M, Galena E. GP's perception of the gender-related barriers to discussing sexual health in consultations. Eur J Gen Pract, 2004, 10, pp. 56-60.
54. Badet A. Obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus rencontres par les médecins généralistes chez les femmes de 50 à 65 ans ? Lyon. 2010.
55. Beck F, Gautier A, Amsellem N, Ancellin R, Arwidson P and All. Baromètre cancer 2010 [Internet]. Institut National de Prévention et d'éducation pour la santé. 2012 [cité 14 févr 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1405.pdf>
56. Gamber-Journard A. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin. Thèse de médecine générale. 2010. Saint-Etienne.
57. Gauwin G. Les freins rencontrés par les médecins généralistes dans le dépistage du cancer du col de l'utérus. Thèse médecine générale. 2012.
58. Gautier A., dir. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2011 : 266 p.

59. Bataillon R, Hascot J-Y, Leneel H et al. Vers une consultation médicale de prévention. Santé Publique 2006. 18 (1) p 5-6.
60. Institut BVA. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. Synthèse des résultats. Sondage réalisé pour la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie médicale Novembre 2008. Disponible sur : http://www.bva.fr/fr/sondages/ressenti_des_femmes_a_l_egard_du_suivi_gynecologique.html
61. Haguenoer K, Boyard J, Sengchanh S, Gaudy-Graf n 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. Bull Epidemiol Hebd. 2017;(2-3):59-65. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/2017_2-3_5.html
62. Claudon C. Etats des lieux de la pratique du frottis cervico-vaginal par les médecins généralistes de Montpellier. Thèse de médecine générale. Montpellier. 2007. 115p.
63. Barré S. Cancer du col de l'utérus : la HAS recommande un dépistage organisé au niveau territorial [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2011 [cité 28 nov 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1015771/fr/cancer-du-col-de-l-uterus-la-has-recommande-un-depistage-organise-au-niveau-national
64. White Mary C., Shoemaker M., Benard Vicki B. Cervical Cancer Screening and Incidence by Age: Unmet Needs Near and After the Stopping Age for Screening [Internet]. 2017. Disponible sur: [http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(17\)30175-7/fulltext](http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(17)30175-7/fulltext)
65. 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 Epidemiol Hebd. 2017;(2-3):39-47. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/2017_2-3_3.html
66. Judith A. Smith 11th International Conference of the Society for Integrative Oncology. Abstract 138. Presented October 26, 2014.
67. Doris B., Boyer L., Lavoué V., Riou F.,. Pratique du frottis cervico-utérin dans une population épidémiologiquement exposée : idées reçues, faits et arguments. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Janvier 2014. Volume 43, n°1.

Etats des lieux de la pratique du frottis cervico-utérin par les médecins généralistes de Picardie

Introduction : En France le cancer du col de l'utérus est le 2^{ème} le plus fréquent chez la femme de moins de 45 ans. En Picardie le taux de couverture par frottis cervico-utérin (FCU) est bien inférieur à la moyenne nationale, il est de 39,9 % dans l'Aisne et de 46,5% dans la Somme. Le FCU est pourtant facilement réalisable au cabinet et permet de détecter des lésions précancéreuses. L'objectif de cette étude était de faire l'état des lieux de la pratique des FCU chez les médecins généralistes Picards.

Matériel et Méthodes : Cette étude quantitative descriptive a été élaborée à partir d'un questionnaire envoyé à 500 médecins généralistes de Picardie.

Résultats : 119 questionnaires exploitables ont été recueillis. 60,6% des médecins de notre études réalisaient des FCU au cabinet, ils exerçaient principalement en milieu rural. Cependant seulement 3 médecins avaient atteint les objectifs fixés par la Loi Santé qui vise un taux de couverture par frottis à 80% des patientes de 25 à 65 ans.

Conclusion : Même si l'implication concernant les FCU des médecins généralistes de notre étude semble correcte, les résultats de la rémunération sur objectif de santé publique ne sont pas aussi optimistes. L'exploitation des obstacles au dépistage ainsi que des éléments qui inciteraient les médecins à réaliser des frottis permettrait d'optimiser ce taux de couverture. L'arrivée du 3^{ème} plan cancer devrait aller dans ce sens avec la mise en place du dépistage organisé.

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

Inventory of the cervical smear practice by General Practitioners in Picardie

Objective : In France the cervix cancer is the second most common cancer among women under 45 years old. In Picardie the frequency rate of the cervical smear is quite below the national average. The rate reaches the 39.9% in the Aisne whereas it reaches the 46.5% in the Somme. However the cervical smear is easily achievable at the medical practise and allows detecting precancerous lesions. Thus the main goal of this survey is to set out the use of the cervical smear General Practitioners in Picardie.

Method : This quantitative and observational study was based on a questionnaire sent to 500 general practitioners in Picardie.

Results : 119 useable forms have been collected. 60.6% of the study's General Practitioners have been realising cervical smear test at their practice, located mostly in the countryside. Nevertheless only 3 practitioners had reached the health act set out goal of an 80% frequency cervical smear rate among the 25 to 65 years old female patient.

Conclusion : Even though this study's general practitioners involvement regarding the cervical smear seems right, the public health retribution goals results shows otherwise. In order to improve this frequency rate general practitioners must overcome the cancer screening obstacles, and become incited. This is the goal of the 3rd action plan to fight cancer, by setting up an organized cancer screening.

Keywords : cervical smear, General Practice, Cervix Cancer, Screening, Public Health Retribution Goals, Prevention.