



HAL
open science

Le dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein chez les femmes médecins généralistes des Hautes-Alpes et Alpes-de-Haute-Provence

Paola Sammarcelli

► **To cite this version:**

Paola Sammarcelli. Le dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein chez les femmes médecins généralistes des Hautes-Alpes et Alpes-de-Haute-Provence. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02096362

HAL Id: dumas-02096362

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02096362>

Submitted on 11 Apr 2019

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.

**Le dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein chez les femmes
médecins généralistes des Hautes-Alpes et Alpes-de-Haute-Provence**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 5 Décembre 2018

Par Madame Paola SAMMARCELLI

Née le 25 janvier 1990 à Bastia (2B)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur CRAVELLO Ludovic

Président

Monsieur le Professeur THIRION Xavier

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCU-PA) GENTILE Gaëtan

Assesseur

Madame le Docteur JANCZEWSKI Aurélie

Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI

Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Asseseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Logistique : Joëlle FRAVEGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	<p>AGOSTINI Serge ALDIGHIERI René ALESSANDRINI Pierre ALLIEZ Bernard AQUARON Robert ARGEME Maxime ASSADOURIAN Robert AUFFRAY Jean-Pierre AUTILLO-TOUATI Amapola AZORIN Jean-Michel BAILLE Yves BARDOT Jacques BARDOT André BERARD Pierre BERGOIN Maurice BERNARD Dominique BERNARD Jean-Louis BERNARD Pierre-Marie BERTRAND Edmond BISSET Jean-Pierre BLANC Bernard BLANC Jean-Louis BOLLINI Gérard BONGRAND Pierre BONNEAU Henri BONNOIT Jean BORY Michel BOTTA Alain BOURGEADE Augustin BOUVENOT Gilles BOUYALA Jean-Marie BREMOND Georges BRICOT René BRUNET Christian BUREAU Henri CAMBOULIVES Jean CANNONI Maurice CARTOUZOU Guy</p> <p>CHAMLIAN Albert CHARREL Michel CHAUVEL Patrick CHOUX Maurice CIANFARANI François CLEMENT Robert COMBALBERT André CONTE-DEVOLX Bernard CORRIOL Jacques COULANGE Christian DALMAS Henri DE MICO Philippe DELARQUE Alain DEVIN Robert DEVRED Philippe DJIANE Pierre DONNET Vincent DUCASSOU Jacques DUFOUR Michel DUMON Henri FARNARIER Georges FAVRE Roger FIECHI Marius</p>	MM	<p>FIGARELLA Jacques FONTES Michel FRANCOIS Georges FUENTES Pierre GABRIEL Bernard GALINIER Louis GALLAIS Hervé GAMERRE Marc GARCIN Michel GARNIER Jean-Marc GAUTHIER André GERARD Raymond GEROLAMI-SANTANDREA André GIUDICELLI Roger GIUDICELLI Sébastien GOUDARD Alain GOUIN François GRISOLI François GROULIER Pierre HADIDA/SAYAG Jacqueline HASSOUN Jacques HEIM Marc HOUEL Jean HUGUET Jean-François JAQUET Philippe JAMMES Yves JOUVE Paulette JUHAN Claude JUIN Pierre KAPHAN Gérard KASBARIAN Michel KLEISBAUER Jean-Pierre LACHARD Jean LAFFARGUE Pierre LAUGIER René LEVY Samuel LOUCHET Edmond LOUIS René LUCIANI Jean-Marie MAGALON Guy MAGNAN Jacques MALLAN- MANCINI Josette MALMEJAC Claude MATTEI Jean François MERCIER Claude METGE Paul MICHOTEY Georges MILLET Yves MIRANDA François MONFORT Gérard MONGES André MONGIN Maurice MONTIES Jean-Raoul NAZARIAN Serge NICOLI René NOIRCLERC Michel OLMER Michel OREHEK Jean PAPY Jean-Jacques PAULIN Raymond PELOUX Yves PENAUD Antony</p>
----	--	----	---

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967 MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974 MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975 MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976 MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977 MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978 M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980 MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981 MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982 M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985 MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986 MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)
1987 M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988 MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989 M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne	FUENTES Stéphane	<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	GABERT Jean	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GIORGI Roch	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GORINCOUR Guillaume	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANVAL Philippe	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier		OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre

ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	ODIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédéric	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>Disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) *Surnombre*
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) *Surnombre*
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) *Surnombre*
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) *Surnombre*
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) *Surnombre*
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

PIDEMILOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETTELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) *Surnombre*
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) *disponibilité*
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) *Surnombre*

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) *Surnombre*
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) *Surnombre*

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MARY Charles (MCU-PH)
RANQUE Stéphane (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
SARLES Jacques (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

CHOCOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGÉON Fabienne (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)
DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) *Surnombre*
GREILLIER Laurent (PU-PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) *Surnombre*
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

Monsieur le Professeur Cravello Ludovic,

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Recevez ici l'expression de ma gratitude et de toute ma considération.

Messieurs le Professeur Thirion Xavier et le Docteur Gentile Gaëtan,

Merci d'avoir accepté avec gentillesse d'intégrer ce jury de thèse. Soyez assurés de ma reconnaissance et de tout mon respect.

Madame le Docteur Janczewski Aurélie,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour ton aide, tes conseils avisés et justes tout au long de ce travail. Merci d'avoir été là au début de l'épreuve que j'ai dû traverser pour me remonter le moral avec des paroles fortes. Merci pour l'énorme coup de pouce que tu m'as donné pour me sauver la mise, merci d'avoir su rester en retrait et silencieuse quand j'ai tout laissé en plan dans les moments les plus difficiles et merci d'avoir été présente et pertinente lorsqu'il a fallu que je remette le pied à l'étrier ! Tu es une directrice de thèse géniale !

A toutes les femmes médecins généralistes des Hautes-Alpes et Alpes-de-Haute-Provence qui ont accepté de participer à cette étude, merci de m'avoir accordé quelques minutes de votre précieux temps afin de mener à bien ce travail qui me tenait à cœur.

Au docteur Casanova Ludovic, merci pour ton aide et tes bons conseils à propos de mes analyses statistiques.

15 Juin 2018, 2h30 du matin. Je commence à rédiger un premier jet des lignes qui vont suivre. Je suis prise d'une insomnie, comme j'en ai vécu des tas ces derniers mois, mais cette fois j'ai décidé de mettre ce temps hors du lit à profit.

Je vous prie d'avance de m'excuser pour la longueur de ce qui va suivre. C'est assez inhabituel ! Mais c'est que j'ai beaucoup de choses sur le cœur à raconter et beaucoup de gens à remercier ! 😊

Cette thèse est pour moi l'aboutissement de toutes mes années d'études certes, mais elle a également une saveur et une signification toute particulière... Si je suis là, cette nuit à tapoter sur les touches de mon ordinateur, c'est que je suis encore en vie. J'ai passé l'hiver le plus horrible de ma vie. Mon monde a basculé en Septembre 2017 lorsqu'on m'a diagnostiqué du jour au lendemain, alors que je n'avais rien vu ni senti venir, un cancer. Oui, oui ! Une cochonnerie de lymphome B primitif du médiastin, qui s'est dévoilé en quelques heures, m'ayant amenée à consulter aux urgences en catastrophe devant une dyspnée et une douleur thoracique intenses et brutales. Le 26 Septembre 2017, le médecin des urgences de Digne-les-Bains et moi-même n'en revenions pas de l'énorme masse tumorale retrouvée au scanner, logée entre mes poumons et mon cœur. J'ai réalisé en quelques secondes ce que cela signifiait, ce que j'allais devoir traverser pour survivre, et j'ai expérimenté pour la première fois de ma vie la peur affreuse de mourir trop tôt.

Ma première pensée a en effet été «est-ce que je vais mourir bientôt? », mais la seconde, et c'est véridique, a été «comment vais-je faire si je ne suis pas thésée dans les temps ? Que va devenir ma vie? ». Aurélie, ma directrice de thèse, se rappelle sûrement encore du SMS de détresse que je lui ai envoyée du fond de mon box des urgences ce jour-là. C'est l'une des premières personnes avec mon compagnon que j'ai mise au courant. J'ai tenu à préserver mes parents (ma mère étant elle-même atteinte d'une rechute d'un cancer du sein à ce moment-là) le temps d'en savoir plus sur ma situation.

Alors voilà, j'ai basculé « de l'autre côté », et c'était effrayant. Après ce que j'ai traversé cet hiver, les batteries d'exams, le CECOS, l'angoisse et la peur, la chimiothérapie H24 enfermée des semaines entières à l'hôpital, les aplasies, les autres effets secondaires en tout genre, l'image de soi qui en prend un sacré coup (et j'en pleure en rédigeant ça), je suis vraiment heureuse d'avoir pu mener à bien mon travail de thèse et être parmi vous aujourd'hui. Ce travail enfin accompli a un goût de revanche sur la maladie qui m'a littéralement volé plusieurs mois de ma vie. Mais « ce qui ne nous tue pas nous rend plus fort », et je compte bien profiter pleinement de cette nouvelle vie qui s'offre à moi.

Le contexte étant posé, commençons par le commencement, par ceux sans qui je n'aurais pas vu le jour le 25 janvier 1990 à 2h du matin : **Marie-France et Jacques Sammarcelli, mes chers parents**. Je suis chanceuse d'avoir des parents comme vous, aussi attentionnés et aimants. Vous avez été mes confidents, mes piliers, vous avez aiguillé mon chemin tout au long de ma vie et je ne doute pas que vous continuerez à le faire tant que vous vivrez. Tant

d'heures passées au téléphone lorsque j'étais prise d'angoisse à l'approche de mes examens, ou lorsque je doutais tout simplement de ma vocation. Tant de bons conseils prodigués, d'amour et de bons soins tout au long de ma vie. Et ne parlons même pas de votre dévouement cet hiver pour m'aider à traverser cette épreuve. Et toi ma petite maman, malade et en traitement en même temps que moi, tu as déplacé des montagnes pour me venir en aide, traversé la mer plusieurs fois avec papa pour me rejoindre dans ma chambre d'hôpital entre tes propres cures de chimio. Bref, papa et toi êtes des saints, je vous en serai éternellement reconnaissante. Je vous aime et je suis incroyablement fière d'être votre fille. Il n'y a pas assez de mots pour témoigner toute l'affection que j'ai pour vous.

Puis il y a **Renaud** bien sûr, mon compagnon (et relecteur officiel) ! Merci pour ta gentillesse, ta patience, ta fidélité, dans la joie comme dans la maladie. Tu as su rester fort et à mes côtés malgré tout ce que nous avons traversé si tôt dans notre relation. Si ça ce n'est pas un témoignage d'amour vrai, je ne sais pas ce que c'est. J'espère que nous nous construirons de beaux souvenirs et une belle et longue vie à deux à partir de maintenant. Nous le méritons ! Merci également à tes parents, **Isabelle et Pascal**, pour leur gentillesse égale à la tienne et leur aide au cours de cette épreuve, ils m'ont soutenue comme si j'étais leur propre fille et je suis heureuse qu'ils soient dans ma vie.

Merci à ma petite sœur **Laura**, qui a été également une des premières prévenues de ce qui m'arrivait, et qui a tenté de me rassurer à sa façon le 1^{er} soir... Même si nous sommes très différentes et qu'on s'est souvent pris la tête, tu es chère à mon cœur, moule-frite va!

Ensuite, merci au reste de ma famille, et tout particulièrement à mes «cousines marseillaises» du côté maternel, cousines éloignées certes, mais très chères à mon cœur. **Marie, Hyacinthe, Chantal** (et même **Véronique** qui n'est pas de la famille mais que j'inclus dans la bande !) qui se sont relayées à mon chevet tout l'hiver les jours où mes parents ne pouvaient être présents. Une affectueuse pensée aussi pour **Nelly** qui m'a soutenue de Corse et qui a été très présente auprès de ma mère dans ces moments difficiles. Vous êtes au top !

Merci à **Christine et Pierre Jean**, ma tante et mon oncle, d'avoir été mes confidents dès les premières heures dans cette tourmente, avant même que j'annonce la terrible nouvelle à mes parents, et d'avoir été présents à leurs côtés le jour J. Merci aussi à mes oncles et tantes **Eliane et Pierre André, Françoise, Evelyne, Michelle** (pour qui j'ai une petite pensée puisqu'elle se bat elle aussi contre cette satanée maladie depuis Janvier 2018) et mes cousines et cousins germains **Cécilia, Alexandra, Jean-Philippe, Lionel et Sabina, Marine et son mari Laurent** pour leur soutien, messages et appels.

Merci à **Gaëlle L.** qui saura se reconnaître ! Tu m'as tenu le crachoir tout l'hiver par texto, Messenger ou par téléphone, parfois aussi à mon chevet. Merci d'avoir été une amie présente et une oreille attentive à mes angoisses et interrogations, à mes douleurs et moments de faiblesse. Et merci de m'avoir fait un peu vivre la médecine par procuration en

me racontant tes cas divers et variés ☺ Je n'aurais pas toujours aimé être à ta place ! Merci à **Anthony** d'avoir été présent à mes côtés à Clairval au tout début, le jour où j'ai dû me faire hospitaliser pour ma biopsie mais également pour les bons souvenirs partagés durant nos études ! Merci à **Khaola** également pour sa gentillesse et son soutien.

Et je n'oublie pas mes « **pretties** » ! Mes copines du club de patinage artistique de l'Axel Gap, avec qui j'ai passé 2 ans de folie sur la glace de l'Alp'Arena ! Le gala, les gamelles, les pirouettes, les soirées patin, les repas endiablés !! Que de bons souvenirs ! **Gaëlle G, Audrey, Sylvie, Corine, Aurélie, Magali...** vous êtes de vrais rayons de soleil !!! Merci pour toutes vos attentions envers moi ! Nous avons encore de beaux moments à partager.

Merci à **Michèle F**, collègue de travail de Renaud devenue une amie chère, sans qui je n'aurais jamais pu venir à bout de cette thèse sans ses précieuses heures de boulot à mes côtés sur Excel ! Elle a construit la structure de toute ma base de données, m'a fait tous mes tableaux croisés dynamiques et m'a appris à faire les graphiques... Franchement, sans elle je crois qu'aujourd'hui je serais encore à l'étape « comprendre Excel ». Moi qui suis allergique à ce logiciel et une véritable quiche dans ce domaine, je lui dois une fière chandelle. MERCI POUR TOUT !!! Merci aussi aux autres collègues de Renaud devenus des amis, **Danielle et Jacques**, votre bonne humeur et votre entrain ont égayé pas mal de nos soirées et c'est toujours un plaisir d'être avec vous !! Avec Michèle, vous formez un trio de choc ! Forza la Team CAF 04 ! (alias la Team Raclette-Fondue-Pizza, n'est-ce pas ?? ☺)

Ensuite, pensée pour mon ami d'enfance **Rémi**, qui vit en Corse et qui était prêt à débarquer sur le continent quand il a su ce qu'il m'arrivait ! Je suis heureuse que l'on soit restés en contact toutes ces années depuis l'école primaire, et je suis ravie pour toi que tu vives enfin de ta passion et de tes rêves, tu mérites amplement ton succès.

Bien évidemment, merci aux médecins qui se sont occupés de moi durant cette difficile période sans qui je ne serais peut-être plus là. Tout d'abord **Laurent**, un homme très gentil et aussi mon médecin traitant, qui est devenu un ami que j'apprécie beaucoup. Merci au **Dr De-Busschère** des urgences de Digne qui a pris de mes nouvelles fréquemment. Puis le **Dr Pietri**, chirurgien thoracique à Clairval : merci pour votre rapidité et votre efficacité au début de ma prise en charge, ainsi que pour m'avoir posé un PAC qui se fait oublier tant il se voit à peine ! Je vous dois bien un Mojito ! Merci à **Mme Enaudi**, la sage-femme du CECOS pour tous ses bons conseils et son oreille attentive.

Merci ensuite au **Dr Bouabdallah** de l'Institut Paoli Calmettes, pour sa gentillesse légendaire et la confiance en l'avenir qu'il m'a insufflée au moment où j'en avais le plus besoin. Merci également à ses confrères qui m'ont suivie tout au long de mon parcours : le très charmant **Dr Robin Noel**, le **Dr Catalina Montes**, et **Cécile** mon interne favorite ! Merci à la **psychologue de l'IPC, aux infirmiers et aides-soignants d'hémato 2** et de l'UAI pour votre dévouement et votre temps. Une pensée toute particulière pour **Emilie**, jeune infirmière du service de cancérologie de l'hôpital de Digne où j'ai atterri une semaine après ma toute

dernière chimio avec une cystite hémorragique qui m'a fait vivre l'enfer, heureusement que tu étais là pour me calmer et me rendre le sourire avec tes bonnes idées ! Merci évidemment à **Ludivine, Marie et Emmanuelle**, mes infirmières à domicile, et **Greg**, mon taxi de chimio attiré, pour tous ces moments partagés avec vous. Dans tout mal il y a un bien, cette saleté de maladie m'a fait rencontrer des personnes formidables.

Je tiens également à remercier mes confrères pour leur sollicitude et leurs pensées durant cette épreuve. Tout particulièrement le **Dr Kolodziejczyk Jean-Pierre** aux Mées, que je remplaçais lorsque j'ai appris pour mon cancer et que j'ai dû planter en catastrophe après mon passage aux urgences... **Béatrice et toi** êtes vraiment des gens formidables! Pensée aussi pour le **Dr Taxis Michèle et sa secrétaire Marie Paule**, le **Dr Avril Yann**, le **Dr Desplas Philippe**, le **Dr Grimmonprez Jean-Christian**, le **Dr Alessandrone Pierre** et le **Dr Nari-Casalta Rosalie**... Et le président du conseil de l'ordre du 04, le **Dr Moulard**, qui est souvent venu aux nouvelles.

Je pense aussi très fort à **ma petite Eden**, mon chat que j'ai adopté en 2011 au cours de mon externat, que j'aime comme la prunelle de mes yeux, une boule de douceur et d'amour pur qui m'a accompagnée au cours de plusieurs étapes de ma vie, qui m'a suivie et a su s'adapter au fil de mes déménagements, et qui m'a tenu compagnie sans faille tout cet hiver durant les longues journées passées à la maison. Elle était d'un grand réconfort et me manquait terriblement lorsque j'étais hospitalisée. Elle m'a aussi accompagnée durant mes longues sessions de rédaction, collée à l'ordinateur, réclamant des câlins... Bref je t'aime fort fort fort ma Boubounette (même si tu ne seras jamais capable de lire ceci...je crois que tu le sais déjà !). Petite pensée aussi pour **les sœurs Julie (dite Juju) et Pauline**, les premiers chats de ma vie aujourd'hui au ciel, celles qui ont éveillé très tôt en moi l'amour des animaux (et surtout ma passion pour ces petits félins si gracieux ! ^^).

Enfin et surtout, j'envoie aux cieux une pensée très affectueuse à **mon Babbo et ma Mémé**, mes grands-parents maternels. Babbo, tu es et resteras à jamais ma bonne étoile, pour toujours dans mon cœur et mes souvenirs. Mémé et toi vivez encore à travers moi. Babbo, tu aurais été si fier d'être là aujourd'hui, pour me voir soutenir ma thèse et devenir officiellement Docteur en médecine. Après toutes ces heures de jeux passées à faire le malade et moi le docteur, tu vois aujourd'hui, malgré le sale tour que la vie m'a joué, je reprends les rênes et c'est MOI qui soigne les autres pour de vrai. Merci pour tout l'amour que vous m'avez porté durant mon enfance. Je ne vous oublierai jamais.

Pour tous ceux que j'ai pu oublier, j'espère que vous ne m'en tiendrez pas rigueur !

Ce travail de thèse je l'ai débuté avant de tomber malade et je l'ai terminé une fois déclarée en rémission. J'ai choisi ce sujet avant même de savoir ce que la vie me réservait et ça en a d'ailleurs fait rire plus d'un quand je leur annonçais le thème ! Bref, la boucle est bouclée. Je n'en reviens pas ! ☺

Sommaire

I. <u>INTRODUCTION</u>	6
II. <u>CONTEXTE</u>	9
1. INFORMATIONS SUR LES DEPARTEMENTS OU SE DEROULE NOTRE ETUDE	9
1.1. <u>Démographie médicale des Hautes- Alpes (05)</u>	9
1.2. <u>Démographie médicale des Alpes-de-Haute-Provence (04)</u>	9
2. LE POINT SUR LES DEPISTAGES ORGANISES ET INDIVIDUELS	10
2.1. <u>Les dépistages organisés</u>	10
2.1.1. <i>Définition</i>	10
2.1.2. <i>Objectifs</i>	10
2.1.3. <i>Critères de qualité</i>	11
2.1.4. <i>Controverses</i>	11
2.2. <u>Les dépistages individuels</u>	12
3. LE CANCER DU COL DE L'UTERUS	12
3.1. <u>Epidémiologie</u>	12
3.1.1. <i>Dans le monde</i>	12
3.1.2. <i>En France</i>	12
3.2. <u>Histoire naturelle et facteurs de risque</u>	13
3.3. <u>Le dépistage</u>	15
3.3.1. <i>Les recommandations françaises</i>	15
3.3.2. <i>Mise en place d'un dépistage organisé</i>	15
3.4. <u>Prévention primaire : la vaccination contre l'HPV</u>	16
4. LE CANCER DU SEIN	17
4.1. <u>Epidémiologie</u>	17
4.1.1. <i>Dans le monde</i>	17
4.1.2. <i>En France</i>	18
4.2. <u>Histoire naturelle et facteurs de risque</u>	19
4.3. <u>Le dépistage</u>	21
4.3.1. <i>Les recommandations françaises</i>	21
4.3.2. <i>Participation au dépistage</i>	22

III. METHODOLOGIE	24
1. OBJECTIFS.....	24
2. TYPE D'ETUDE.....	24
3. POPULATION ETUDIEE.....	24
3.1. <u>Définition</u>	24
3.2. <u>Critères de sélection</u>	24
3.3. <u>Taille de l'échantillon</u>	25
4. RECCUEIL DES DONNEES	25
5. SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES.....	26
IV. RESULTATS	27
1. PROFIL DES MEDECINS.....	28
1.1. <u>Age</u>	28
1.2. <u>Département d'exercice</u>	29
1.3. <u>Milieu d'exercice</u>	29
1.4. <u>Mode d'exercice</u>	29
1.5. <u>Horaires de travail</u>	31
1.6. <u>Congés</u>	31
1.7. <u>Leur médecin traitant</u>	32
2. LEURS PATIENTES.....	34
2.1. <u>Pratique de la gynécologie en général</u>	34
2.2. <u>Dépistage du cancer du col de l'utérus</u>	34
2.3. <u>Dépistage du cancer du sein</u>	35
3. LEUR SANTE.....	36
3.1. <u>Suivi global</u>	36
3.2. <u>Dépistage du cancer du col de l'utérus</u>	37
3.2.1. <i>Antécédents</i>	37
3.2.2. <i>Le frottis cervico-utérin</i>	37
3.2.3. <i>Mise en place d'un dépistage organisé ?</i>	42
3.3. <u>Dépistage du cancer du sein</u>	42
3.3.1. <i>Antécédents</i>	42
3.3.2. <i>Palpation des seins</i>	42

3.3.3. Mammographie.....	46
3.3.3.1. Mammographie dans le cadre d'un dépistage individuel.....	46
3.3.3.2. Mammographie dans le cadre du dépistage organisé.....	47
4. ANALYSE CROISEE.....	50
4.1. Santé des médecins en général.....	50
4.2. Dépistage du cancer du col de l'utérus.....	51
4.2.1. En fonction de leur pratique médicale.....	51
4.2.1.1. Fréquence des FCU en fonction de leur pratique de la gynécologie.....	51
4.2.1.2. Comparaison entre leur comportement personnel et leurs pratiques professionnelles à propos de la fréquence déclarée de réalisation des FCU.....	52
4.2.2. En fonction de leurs antécédents	53
4.2.3. En fonction de leur santé dans sa globalité.....	54
4.3. Dépistage du cancer du sein.....	55
4.3.1. En fonction de leur pratique médicale.....	55
4.3.1.1. Fréquence de leur palpation mammaire en fonction de leur pratique de la gynécologie.....	55
4.3.1.2. Date de leur dernière mammographie en fonction de la pratique de la gynécologie.....	56
4.3.2. En fonction de leur santé dans sa globalité.....	57
4.3.2.1. Fréquence de la palpation mammaire en fonction de la prise en charge globale de leur santé.....	57
4.3.2.2. Date de leur dernière mammographie de DO en fonction de la prise en charge globale de leur santé.....	58
4.4. Dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein.....	60
V. DISCUSSION.....	61
1. FORCES DE NOTRE ETUDE.....	61
1.1. Taux de participation.....	61
1.2. Représentativité de l'échantillon.....	61
1.3. Exclusion des femmes ayant des antécédents.....	61
1.3.1. Cancer du col utérin.....	62
1.3.2. Cancer du sein.....	62

2. LIMITES DE NOTRE ETUDE	62
2.1. <u>Biais de sélection de la population</u>	62
2.2. <u>Représentativité de l'échantillon</u>	63
2.3. <u>Biais typiques des études rétrospectives sur les comportements de prévention</u>	64
2.4. <u>Courriers renvoyés</u>	64
2.5. <u>Réponses manquantes</u>	65
2.5.1. <i>Chapitre « mieux vous connaître »</i>	65
2.5.2. <i>Chapitre « votre pratique de la gynécologie »</i>	65
2.5.3. <i>Chapitre suivi personnel « concernant le cancer du col de l'utérus »</i>	65
2.5.4. <i>Chapitre suivi personnel « concernant le cancer du sein »</i>	66
2.6. <u>Analyse des réponses et pistes de réflexion</u>	67
2.6.1. <i>Déclaration d'un médecin traitant</i>	67
2.6.2. <i>Incitation au dépistage du cancer du sein de leurs patientes</i>	67
2.6.3. <i>Habitudes professionnelles et comportement personnel de dépistage</i>	68
2.6.4. <i>Cancer du col de l'utérus et activité sexuelle</i>	68
2.6.5. <i>Date de la dernière mammographie et fréquence</i>	69
3. COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE	69
3.1. <u>Dépistage du cancer du col utérin</u>	71
3.1.1. <i>Dans la population générale</i>	71
3.1.2. <i>Dans la population médicale</i>	71
3.1.3. <i>Dans notre étude</i>	72
3.2. <u>Dépistage du cancer du sein : palpation mammaire</u>	74
3.2.1. <i>Dans la population générale</i>	74
3.2.2. <i>Dans la population médicale</i>	74
3.2.3. <i>Dans notre étude</i>	75
3.3. <u>Dépistage du cancer du sein : mammographie</u>	75
3.3.1. <i>Dans la population générale</i>	75
3.3.2. <i>Dans la population médicale</i>	76
3.3.3. <i>Dans notre étude</i>	76
4. PERSPECTIVES	79
VI. <u>CONCLUSION</u>	80

VII. <u>BIBLIOGRAPHIE</u>	82
VIII. <u>ABREVIATIONS</u>	88
IX. <u>ANNEXES</u>	89
1. Estimation de l'incidence et de la mortalité du cancer du col de l'utérus dans le monde en 2012.....	89
2. Les chiffres clé du cancer de l'utérus en France en 2017.....	90
3. Système de Bethesda 2001.....	90
4. Estimation de l'incidence et de la mortalité du cancer du sein dans le monde en 2012.....	92
5. Chiffres clés à propos du cancer du sein en France en 2015.....	93
6. Evolution de l'incidence et de la mortalité du cancer du sein en France entre 1980 et 2012.....	93
7. Classification ACR des images mammographiques.....	94
8. Questionnaire d'étude anonyme envoyé par La Poste aux femmes médecins généralistes des Hautes-Alpes et Alpes de Haute-Provence.....	96

I. INTRODUCTION

L'exercice de la médecine générale mobilise beaucoup d'énergie et de temps. Dans le contexte actuel de pénurie médicale et d'installations moindres (il est prévu une baisse des effectifs médicaux de 10% d'ici à 2025)(1)(2), les médecins encore en exercice sur le territoire évoquent souvent leurs difficultés quotidiennes et l'impression d'une surcharge de travail aussi bien médicale qu'administrative. Les départs à la retraite sans successeurs laissent sur le bord de la route nombre de patients que les médecins restants s'évertuent à prendre en charge; avec toutes les conséquences que cela représente, aussi bien sur le plan professionnel que personnel lorsque ceux-ci sont déjà bien occupés par leurs propres patients.

Le médecin étant un humain constitué de manière identique à ses patients, (même si parfois il commet l'erreur de se croire intouchable !) il a donc besoin lui aussi d'un suivi médical adéquat et d'une prise en charge adaptée lorsque cela s'avère nécessaire au cours des différentes périodes de sa vie. Qu'en est-il donc de la santé des médecins? Sont-ils des patients comme les autres ?(3) Se soignent-t-ils aussi bien qu'ils soigneraient leurs propres patients ?

Depuis la loi de modernisation du système de santé de 2016, tout assuré et ayant-droit, y compris celui âgé de moins de 16 ans, doit choisir un médecin traitant (« Pour les ayants droit âgés de moins de seize ans, l'un au moins des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale choisit le médecin traitant et l'indique à l'organisme gestionnaire ») (4). Le médecin n'étant pas en reste, ceci le place dans une position toute particulière s'il se choisit lui-même. Peut-on vraiment être un bon médecin pour soi-même ? Ce n'est pas ce que suggère un récent article paru dans le Figaro en 2017 où l'un des médecins interrogés raconte : « *Je suis du bon côté du bureau et donc je ne peux pas être malade. De plus, je fais l'autruche face à la maladie parce que je sais par où passent les patients: examens complémentaires agressifs, traitements lourds...* » (5), ni l'histoire relatée par le Dr Moshe E. Gatt dans son article paru en 2004 dans le British Medical Journal où celui-ci explique avoir commis une belle erreur d'autodiagnostic : il avait pris pour une gastro entérite cognée une diverticulite aiguë compliquée d'un abcès péri colique, lui valant plusieurs jours d'hospitalisation en catastrophe. (6)

La santé psychique des médecins est actuellement au centre des préoccupations : le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out a souvent été étudié.(7) Une prévalence de l'ordre de 50 % chez les médecins généralistes français a été retrouvée dans de nombreuses publications (8). Les troubles psychiques touchent également les étudiants en médecine et jeunes médecins : une étude menée de janvier à avril 2017 par l'ANEMF retrouve 66.2% d'anxiété, 27.7% de dépression et 23.7% d'idées suicidaires parmi cette population(9).

La santé physique des médecins est couverte de manière plus anecdotique par la littérature médicale. Les études réalisées portent essentiellement sur leurs pratiques professionnelles, afin de mieux comprendre les comportements de leurs patients, comme dans le Baromètre santé des médecins généralistes réalisé en 2009 par l'INPES (10). Mais, depuis les années 2000, des thèses abordent le sujet de la santé physique des médecins en traitant de leur attitude face à la maladie, de leur opinion sur la prise en charge de leur santé et en décryptant leurs comportements de prévention. Il en ressort globalement qu'ils ont une meilleure hygiène de vie que la population générale, une couverture vaccinale correcte, des pratiques de dépistage mitigées, et l'impression d'être en moins bonne santé que leurs patients. (11) (12)(13).

Dans un contexte de féminisation de la profession (14)(2)(15), que savons-nous du rapport de ces femmes médecins à leur santé ? Et plus particulièrement, qu'en est-il de la santé des femmes médecins généralistes des Hautes-Alpes (05) et Alpes-de-Haute-Provence (04), ces 2 départements limitrophes en grande partie ruraux et relativement enclavés ? Les caractéristiques montagneuses et d'infrastructures de ces deux territoires peuvent prolonger pour certains habitants les temps d'accès aux soins. (16)(17)(18)(19). Finalement nous avons choisi d'axer notre recherche sur la participation aux dépistages des cancers gynécologiques.

Quelques thèses de médecine ont abordé le sujet des cancers gynécologiques, de manière plus ou moins détaillée, mais dans des régions très différentes de celles du 04 et du 05 en termes de géographie et de démographie(20) (12)(11). Une seule a été réalisée dans les Hautes-Alpes en 2013, qui traitait de l'auto dépistage de 4 cancers: sein, col de l'utérus, colo-rectal, prostate. En ce qui concernait l'auto-dépistage des cancers gynécologiques cette

étude manquait de représentativité puisque seules 36 femmes médecins avaient répondu au questionnaire adressé. (21)

En ciblant plus spécifiquement les cancers féminins, à l'aide d'un questionnaire concis et en élargissant la population aux femmes médecins du 04 également, territoire similaire en termes de géographie et population à celui du 05, nous espérons avoir une étude plus représentative de la situation sur ces territoires donnés.

L'hypothèse émise est que la participation des femmes médecins généralistes du 04 et du 05 au dépistage des cancers gynécologiques est insuffisante par rapport aux recommandations.

L'objectif principal de cette étude est de déterminer la participation aux dépistages des cancers du col de l'utérus et du sein dans la population des femmes médecins généralistes des départements 04 et 05. L'objectif secondaire est de rechercher les facteurs qui, selon ces femmes, pourraient être un frein à leur participation.

II. CONTEXTE

1. INFORMATIONS SUR LES DEPARTEMENTS OU SE DEROULE NOTRE ETUDE

La population des médecins interrogée au cours de notre étude est issue des départements des Hautes-Alpes (05) et Alpes-de-Haute-Provence (04). Tous deux font partie de la région Provence-Alpes-Côte-D'azur dans le sud de la France. Au 1^{er} Janvier 2018, l'INSEE a estimé la population des Hautes-Alpes à 141 576 habitants (22) pour une densité de 25,5 habitants/km². Quant au département des Alpes-de-Haute-Provence, avec 161 664 habitants en 2018, il est le moins dense (23 habitants au km²) de la région. (22)

1.1. Démographie médicale des Hautes- Alpes (05)

Au 1^{er} janvier 2017, la France recense 290 974 médecins inscrits au tableau. 26 903 médecins toutes spécialités confondues exercent en région PACA dont 770 d'entre eux dans les Hautes-Alpes, ce qui représente 3% des effectifs médicaux de la région. (23)

46,1% de ces médecins sont des femmes.

Le département a une densité de 545,5 médecins pour 100 000 habitants et se situe donc au-dessus de la moyenne française qui est de 437,2 médecins/100 000 habitants.

La densité de médecins généralistes est également plus importante que la moyenne française avec 207,4 médecins pour 100 000 habitants contre 129,3/100 000.(24)

1.2. Démographie médicale des Alpes-de-Haute-Provence (04)

Au 1^{er} janvier 2017, sur les 26 903 médecins toutes spécialités confondues qui exercent en région PACA, 656 d'entre eux sont situés dans les Alpes-de-Haute-Provence, ce qui représente 2% de l'effectif régional(23).

41,5 % de ces médecins sont des femmes.

Le département a une densité de 402,5 médecins pour 100 000 habitants et se situe donc au-dessous de la moyenne française qui est de 437,2/100 000. La densité médicale est donc

moins importante que dans les Hautes-Alpes. Là encore, la densité de généralistes dépasse la moyenne française avec 152,3 médecins pour 100 000 habitants contre 129,3/100 000, mais à nouveau en retrait par rapport à celle des Hautes-Alpes. (25)

2. LE POINT SUR LES DEPISTAGES ORGANISES ET INDIVIDUELS

2.1. Les dépistages organisés

2.1.1. Définition

Selon l’OMS, « le dépistage consiste à identifier présomptivement à l’aide de tests, d’examens ou d’autres techniques susceptibles d’une application rapide les sujets atteints d’une maladie ou d’une anomalie jusque-là passées inaperçues. Les tests de dépistage doivent permettre de faire le départ entre les personnes apparemment en bonne santé mais qui sont probablement atteintes d’une maladie donnée et celles qui en sont probablement exemptes. Ils n’ont pas pour objet de poser un diagnostic. Les personnes pour lesquelles les résultats sont positifs ou douteux doivent être adressées à leur médecin pour diagnostic et si besoin est, traitement. » (26)

2.1.2. Objectifs

L’objectif d’un dépistage organisé est de détecter un grand nombre de cas, à un stade plus précoce, pour augmenter la survie. Pour cela, il faut estimer la probabilité d’existence d’une maladie dans un groupe d’individus asymptomatiques.

La performance d’un test de dépistage est basée sur sa sensibilité (proportion d’individus malades avec un test positif), sa spécificité (proportion d’individus non malades avec un test négatif), ainsi que ses valeurs prédictives positives (proportion d’individus avec un test positif qui ont bien la maladie) et valeurs prédictives négatives (proportion d’individus avec un test négatif qui sont exempts de la maladie).(27)

2.1.3. Critères de qualité

Un test de dépistage doit être « de bonne sensibilité, d'emploi facile, rapide, peu cher et acceptable pour la population ». (28)

De plus, selon l'OMS, les dix critères d'un programme de dépistage sont :

- La maladie étudiée doit présenter un problème majeur de santé publique,
- L'histoire naturelle de la maladie doit être connue,
- Une technique diagnostique doit permettre de visualiser le stade précoce de la maladie,
- Les résultats du traitement à un stade précoce de la maladie doivent être supérieurs à ceux obtenus à un stade avancé,
- La sensibilité et la spécificité du test de dépistage doivent être optimales,
- Le test de dépistage doit être acceptable pour la population,
- Les moyens pour le diagnostic et le traitement des anomalies découvertes dans le cadre du dépistage doivent être acceptables,
- Le test de dépistage doit pouvoir être répété à intervalle régulier si nécessaire,
- Les nuisances physiques et psychologiques engendrées par le dépistage doivent être inférieures aux bénéfices attendus,
- Le coût économique d'un programme de dépistage doit être compensé par les bénéfices attendus. (27)

2.1.4. Controverses

Le risque majeur de tout programme de dépistage est celui lié au surdiagnostic (diagnostic d'anomalies qui n'auraient pas évoluées voire qui auraient régressées). Un faux positif (test de dépistage positif, non confirmé par le test diagnostique) peut avoir plusieurs conséquences :

- Possibilité de développer une anxiété importante en attendant les résultats du test diagnostique,

- Ensuite, les examens complémentaires engendrés peuvent parfois être douloureux et induire des effets indésirables,

Mais il existe aussi des conséquences liées à un faux négatif : rassurer faussement le patient et laisser sa maladie évoluer. (29)

2.2. Les dépistages individuels

Un dépistage individuel est proposé à l'initiative des médecins ou des patients, sur la base de facteurs de risques personnels. Son organisation ne rentre pas dans le cadre d'un programme de santé publique et implique moins de contrôles qualité que les dépistages organisés.

3. LE CANCER DU COL DE L'UTERUS

3.1. Epidémiologie

3.1.1. Dans le monde

Avec 528 000 nouveaux cas chaque année, le cancer du col utérin est le quatrième cancer le plus fréquent chez les femmes dans le monde (et le 7^e tous cancers confondus), après les cancers du sein, colorectal et du poumon. Il est également la quatrième cause la plus fréquente de décès par cancer (266 000 décès en 2012) chez les femmes dans le monde. Les taux d'incidence les plus élevés sont observés en Afrique et en Mélanésie, les plus faibles en Australie/Nouvelle Zélande et en Asie occidentale. (30) ***Cf Annexe 1.***

3.1.2. En France

Avec environ 3 000 nouveaux cas et 1 100 décès par an, le cancer du col de l'utérus représente la 12^e cause de cancer et la 10^e cause de mortalité par cancer chez la femme en France. Les trois quarts des cas sont diagnostiqués chez des femmes âgées de 25 à 64 ans.

Le taux d'incidence est de 6,0 pour 100 000 femmes en 2017 (projections). Celui-ci a beaucoup diminué depuis 1980 (-2,5 % par an en moyenne) avec un ralentissement de cette baisse depuis le début des années 2000.

Le taux de mortalité est de 1,7 pour 100 000 femmes en 2017 (projections). Il a fortement diminué depuis 1980 (- 3,2 % par an en moyenne), avec toutefois un ralentissement de cette diminution depuis le début des années 2000.

Plus de 6 femmes sur 10 (63 %) diagnostiquées en France avec un cancer du col de l'utérus survivent à leur cancer après 5 ans (femmes diagnostiquées en 2005-2010), et 6 femmes sur 10 (59 %) après 10 ans (femmes diagnostiquées en 1999-2004).(31) **Cf Annexe 2.**

3.2. Histoire naturelle et facteurs de risque

Le cancer du col utérin est dans 80 à 90 % des cas un carcinome épidermoïde (qui s'est développé à partir de l'épithélium malpighien de l'exocol, son histoire naturelle est la plus connue) et dans 10-20 % des cas un adénocarcinome (qui s'est développé à partir de l'épithélium cylindrique de l'endocol).

Les symptômes pouvant faire suspecter un cancer du col de l'utérus sont peu spécifiques et tardifs : métrorragies spontanées ou provoquées lors des rapports sexuels, dyspareunies, leucorrhées, douleurs pelviennes, parfois une dysurie, un ténesme ou des douleurs lombaires.

Les lésions évocatrices au niveau du col cervical peuvent être : une lésion ulcérée saignant au contact, une lésion végétante ou infiltrante ; mais le col peut également avoir un aspect normal à l'examen au spéculum.

Il est établi avec certitude que l'infection persistante à papillomavirus humain (Human papillomavirus : HPV), infection transmissible par contact sexuel, est une cause nécessaire, mais non suffisante, dans la genèse et le développement du cancer du col de l'utérus.

Le fait que la grande majorité des femmes infectées par un papillomavirus humain oncogène ne développe pas de cancer du col de l'utérus, ainsi que le long temps de latence entre

l'infection et le développement du cancer, suggèrent l'intervention de cofacteurs qui agiraient en même temps que le papillomavirus humain.

Les cofacteurs impliqués dans la genèse du cancer du col de l'utérus peuvent être :

- des cofacteurs liés à l'hôte : précocité de l'activité sexuelle, multiplicité des partenaires sexuels, immunodéficience, parité élevée ;
- des cofacteurs liés au papillomavirus humain : génotypes 16 et 18 qui sont responsables de 71 à 82% des cancers invasifs , infection simultanée par plusieurs types oncogéniques, quantité importante de virus (forte charge virale) ;
- des cofacteurs exogènes : tabagisme, co-infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou une autre infection sexuellement transmissible (IST) (virus herpès simplex 2 (HSV-2), Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae), utilisation prolongée de contraceptifs oraux.

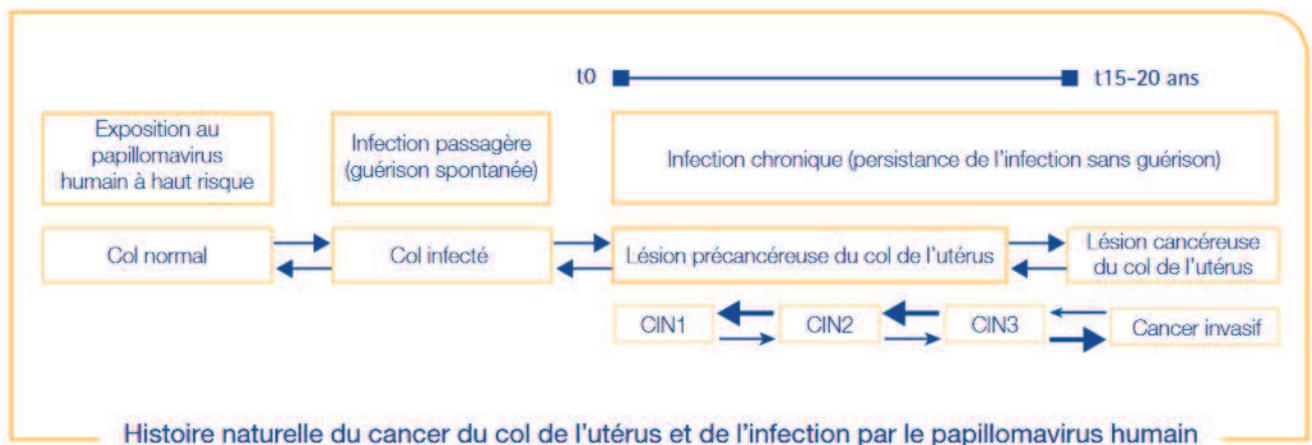


Figure 1: Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus et de l'infection par l'HPV. (32)

Le développement du cancer se fait en différentes étapes, à partir d'une lésion précancéreuse qui évolue en un cancer in situ.

Pour chaque grade de lésion cervicale précancéreuse (CIN1, CIN2 ou CIN3), il existe une probabilité de régression vers un épithélium normal, et une probabilité de persistance ou de progression vers un stade plus avancé.

Le cancer invasif du col utérin met en moyenne 15 à 20 ans pour se développer après la persistance d'une infection à papillomavirus humain à haut risque. (32)

3.3. Le dépistage

3.3.1. Les recommandations françaises

Les recommandations françaises de dépistage sont :

- Réalisation d'un frottis cervico-utérin (FCU) chez les femmes âgées de 25 à 65 ans
- Tous les 3 ans après les 2 premiers FCU normaux à 1 an d'intervalle. (32)

Deux techniques de FCU de dépistage coexistent: le frottis avec cytologie conventionnelle sur lame et le frottis avec cytologie en milieu liquide.

Quelle que soit la technique utilisée, le FCU de dépistage nécessite un prélèvement de cellules sur le col utérin au niveau de la jonction squamo-cylindrique, le cancer du col de l'utérus naissant entre exocol et endocol.

En complément du frottis cervico-utérin de dépistage, la recherche de papillomavirus humain (HPV) n'a pas lieu d'être, la HAS ayant considéré en 2010 que l'utilisation du test de détection des HPV en dépistage primaire en population générale n'était pas pertinente.

Le système de Bethesda 2001 est la référence pour formuler le compte rendu cytologique.

Cf Annexe 3.

En cas de FCU anormal (anomalies cytologiques), il est nécessaire de réaliser des tests diagnostiques complémentaires (FCU de contrôle, biopsie, test HPV, conisation...)(33)

3.3.2. Mise en place d'un dépistage organisé

En France, le dépistage du cancer du col de l'utérus est majoritairement individuel. Sa généralisation fait partie des objectifs prioritaires du Plan cancer 2014-2019.

Le taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus a été estimé à 58 % en 2007-2009. Il chute en dessous de 50 % après 50 ans.

Ce taux stagne alors que la loi de santé publique fixe un objectif de 80% de femmes dépistées pour ce cancer.

Seules 8 % des femmes âgées de 25 à 65 ans ont un suivi adéquat (intervalle recommandé de 3 ans entre deux frottis cervico-utérins de dépistage respecté).

52 % ne seraient pas ou seraient trop peu souvent dépistées (intervalle entre deux frottis > 3 ans) ;

40 % seraient trop fréquemment dépistées (intervalle entre deux frottis < 3 ans).(32)

La HAS note également de fortes disparités géographiques, liées à la répartition des gynécologues sur le territoire et aux inégalités sociales (les femmes appartenant à un ménage modeste sont deux fois plus nombreuses à ne jamais avoir eu de frottis), et une qualité inégale des frottis.(34)

Ainsi « dans le cadre des Priorités de Prévention et conformément aux préconisations du plan cancer 2014-2019, Agnès Buzyn a annoncé la mise en place d'un troisième programme national de dépistage organisé du cancer : le dépistage du cancer du col de l'utérus. » (35)

L'arrêté du 04/05/2018 paru au JO du 06/05/2018 ajoute le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus dans les programmes de santé au sens de l'article L. 1411-6 du code de la santé publique, qui comportaient déjà le programme de dépistage organisé du cancer du sein (depuis 2004) et le programme de dépistage organisé du cancer colorectal (depuis 2009).(36)

Chaque femme de 25 à 65 ans va désormais pouvoir bénéficier d'un dépistage régulier du cancer du col utérin. Les femmes qui n'ont pas réalisé spontanément de frottis du col de l'utérus dans les 3 années précédentes vont être invitées, par courrier, à se rendre chez un médecin ou une sage-femme pour effectuer l'examen. Le coût de ce frottis sera pris en charge intégralement par l'Assurance maladie.

3.4. Prévention primaire : la vaccination contre l'HPV

Deux vaccins prophylactiques recombinants dirigés contre certains papillomavirus humains ont obtenu une autorisation de mise sur le marché (AMM) en France :

- un vaccin recombinant quadrivalent dirigé contre les papillomavirus humains de génotypes 6, 11, 16 et 18, **Gardasil®**, commercialisé et distribué en Europe depuis 2006. NB : En septembre 2017, apparition **du vaccin Gardasil9®**, dont la composition inclut cinq types d'HPV supplémentaires (HPV 31, 33, 45, 52 et 58) par rapport à GARDASIL, qu'il est destiné à remplacer.(37)
- un vaccin recombinant bivalent dirigé contre les papillomavirus humains de génotypes 16 et 18, **Cervarix®** depuis 2007. (32)

La vaccination doit être proposée à toutes les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans, avec un rattrapage possible chez celles âgées de 15 à 19 ans révolus non encore vaccinées.

L'efficacité du vaccin sur la prévention de l'infection par le papillomavirus humain est proche de 100 % pour les génotypes visés par le vaccin.

L'effet préventif du vaccin contre le papillomavirus humain concernant le cancer du col de l'utérus est présumé : les premiers résultats des études cliniques disponibles révèlent une petite réduction de la fréquence des lésions néoplasiques de type CIN3.

Le dépistage chez les femmes vaccinées doit être maintenu car la vaccination ne protège pas contre tous les génotypes responsables de cancer du col de l'utérus. (32)

Toutefois à ce jour en France la prévention des infections à HPV est insuffisante. Le taux de couverture vaccinale est l'un d'un des plus bas en Europe : moins de 20% de la population cible est vaccinée alors que le Plan Cancer 2014-2019 fixe un objectif de 60%.(38)

4. LE CANCER DU SEIN

4.1. Epidémiologie

4.1.1. *Dans le monde*

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes au monde avec 1,67 million de cas estimés en 2012. 6,3 millions de femmes vivaient avec un cancer du sein diagnostiqué au cours des cinq années précédentes.

C'est le cancer le plus répandu chez les femmes aussi bien dans les pays riches que sous-développés. Il représente maintenant un cancer sur quatre chez les femmes.

Depuis les dernières estimations pour 2008, l'incidence a augmenté de plus de 20%, et la mortalité de 14%.

Le cancer du sein est la cause la plus fréquente de décès par cancer chez les femmes (522 000 décès) dans 140 des 184 pays couverts par GLOBOCAN dans le monde et la 5e cause de décès par cancer dans le monde. Tandis qu'il est la cause de décès par cancer la plus fréquente chez les femmes vivant dans les pays sous-développés (324 000 décès), il est à présent la seconde cause de décès par cancer chez les femmes vivant dans les pays plus développés (198 000 décès) après le cancer du poumon. (30) **Cf Annexe 4**

Bien que l'incidence soit en augmentation dans la plupart des régions du monde, les inégalités entre les pays riches et les pays pauvres sont importantes. Les taux d'incidence demeurent les plus élevés dans les régions les plus développées, mais la mortalité est beaucoup plus élevée dans les pays pauvres, faute de détection précoce et d'accès aux traitements. (39)

4.1.2. En France

Avec 58 968 nouveaux cas en France métropolitaine en 2017, le cancer du sein est le 2^e cancer le plus fréquent en France et le cancer féminin le plus fréquent. (40) 78 % des cancers sont diagnostiqués chez des femmes de 50 ans et plus et 24 % chez celles de 75 ans et plus. Le taux d'incidence a beaucoup augmenté entre 1980 et 2000 (+2,7 % par an en moyenne), puis a diminué entre 2005 et 2012 (-1,5 % par an). Il est de 94,7 pour 100 000 femmes en 2015.

Avec environ 12 000 décès en 2017, le cancer du sein représente la 3^e cause de mortalité par cancer en France et la 1^{ère} cause de mortalité par cancer chez la femme. L'âge médian au moment du décès est de 73 ans (chiffre 2015). Le taux de mortalité est de 14,6 pour 100 000 femmes en 2015. Le taux de mortalité est resté stable jusqu'en 1995, puis a diminué significativement jusqu'en 2012 (-1,4 % par an en moyenne). (41)

Près de 9 femmes sur 10 (87 %) diagnostiquées (entre 2005 et 2010) avec un cancer du sein en France survivent à leur cancer après 5 ans et près de 8 femmes sur 10 (78 %) après 10 ans (femmes diagnostiquées entre 1999 et 2004).

La survie à 5 ans s'est améliorée au cours du temps, passant de 80 % pour les femmes diagnostiquées en 1989-1993 à 87 % pour celles diagnostiquées en 2005-2010. Cette amélioration est liée d'une part, à une plus grande précocité des diagnostics (en lien avec le développement des pratiques de dépistage, mais également avec l'amélioration des pratiques et techniques diagnostiques) et, d'autre part, aux progrès thérapeutiques de ces dernières années. (41) **Cf Annexe 5 et 6.**

La France se situe parmi les pays avec les taux de survie les plus élevés d'Europe.

4.2. Histoire naturelle et facteurs de risque

Les cancers du sein sont majoritairement des adénocarcinomes et majoritairement des carcinomes intra-canalaires, parfois lobulaires. Leur développement est d'abord in situ (pas de franchissement de la membrane basale), puis invasif, puis métastasé. Le cancer débute le plus souvent dans les canaux galactophoriques (cancers canaux), parfois dans les lobules galactophoriques terminaux (cancer lobulaires). L'extension se fait avant tout vers les ganglions axillaires de l'aisselle. Les métastases peuvent être précoces, souvent à un stade infra clinique de la maladie. Les sites les plus fréquents sont les ganglions axillaires, les os, les poumons, le foie. (42)

Dans 90 % des cas, le cancer du sein est découvert lors d'un dépistage organisé (ou individuel), et dans 10 % des cas, par un examen clinique faisant suite à des signes d'appel : masse palpable, écoulement unipore sérosanglant mamelonnaire, maladie de Paget du mamelon.(43)

Les principaux facteurs de risque de cancer du sein sont les suivants :

- l'âge (78 % des cancers sont diagnostiqués chez des femmes âgées de plus de 50 ans) et le sexe (moins de 1 % de tous les cancers du sein sont observés chez l'homme) ;

- une prédisposition génétique (5 % à 10 % des cancers du sein sont d'origine génétique; cette prédisposition est liée, le plus souvent, à l'altération génétique des gènes BRCA1 ou BRCA2) ;
- un antécédent personnel de cancer du sein invasif ou de carcinome canalaire in situ, d'hyperplasie lobulaire atypique ou de cancer lobulaire in situ;
- un antécédent personnel d'irradiation thoracique médicale à haute dose (dont antécédent d'irradiation pour maladie de Hodgkin).

Un niveau de risque très élevé et élevé a été défini et des recommandations de dépistage spécifiques ont été précisées pour chacun de ces niveaux de risque, différentes de celles du dépistage organisé. *Cf Chapitre suivant et annexes correspondantes (43)*

D'autres facteurs de risque plus discutés sont retrouvés dans la littérature, qui ne nécessitent pas de dépistage spécifique en dehors du dépistage organisé :

- le traitement hormonal substitutif;
- la densité mammaire radiologique après la ménopause > 75 % (type 4 de la classification BIRADS - Breast Imaging Reporting And Data System de l'American College of Radiology (ACR)) *Cf Annexe 7. (43)*
- Lésions mammaires prolifératives non atypiques et lésions prolifératives ;
- Consommation d'alcool et de tabac ;
- 1ere grossesse tardive (> 35 ans) ;
- Nulliparité ;
- Puberté précoce ;
- Prise de contraception hormonale ;
- Ménopause tardive (> 52 ans) ;
- Diabète de type 2 ;
- Obésité. (44) (42)

4.3. Le dépistage

4.3.1. Les recommandations françaises

Le dépistage organisé a débuté en France en 1989, avec la mise en place de 10 départements pilotes. Il a ensuite été généralisé en 2004 par l'ANAES.

Les femmes éligibles sont âgées de 50 à 74 ans sans symptôme apparent, ni facteur de risque de cancer du sein (les femmes ayant une hyperdensité mammaire ou sous traitement hormonal substitutif font partie de cette population cible).

Les femmes non éligibles, car devant bénéficier d'un suivi personnalisé, sont celles à risque élevé (antécédent personnel de cancer du sein invasif, de carcinome canalaire in situ, d'hyperplasie épithéliale atypique, de cancer lobulaire in situ, d'irradiation thoracique médicale à haute dose, d'antécédent familial de cancer du sein invasif) ou très élevé (prédisposition génétique).(43)

Des invitations sont envoyées à toutes les femmes de 50 à 74 ans, des relances sont effectuées si nécessaire à 6 mois.

Les modalités de réalisation sont :

- Examen clinique des seins et mammographie (complété éventuellement par une échographie si les seins sont très denses) tous les 2 ans, sans avance de frais,
- Clichés des mammographies en deux incidences (face et oblique externe),
- Relecture des mammographies par un deuxième radiologue si le résultat ACR est à 1 ou 2,
- En cas d'image suspecte, un bilan diagnostique est effectué immédiatement (clichés avec agrandissement, échographie, cytoponction ou biopsie).
- Rédaction par le radiologue d'une fiche d'interprétation à transmettre à la structure de gestion,
- Organisation par des centres de gestion départementaux. (43)

Les mammographies sont ensuite classées selon le modèle de l'American College of Radiology (BIRADS) ***Cf. Annexe 7 : Classification ACR.***

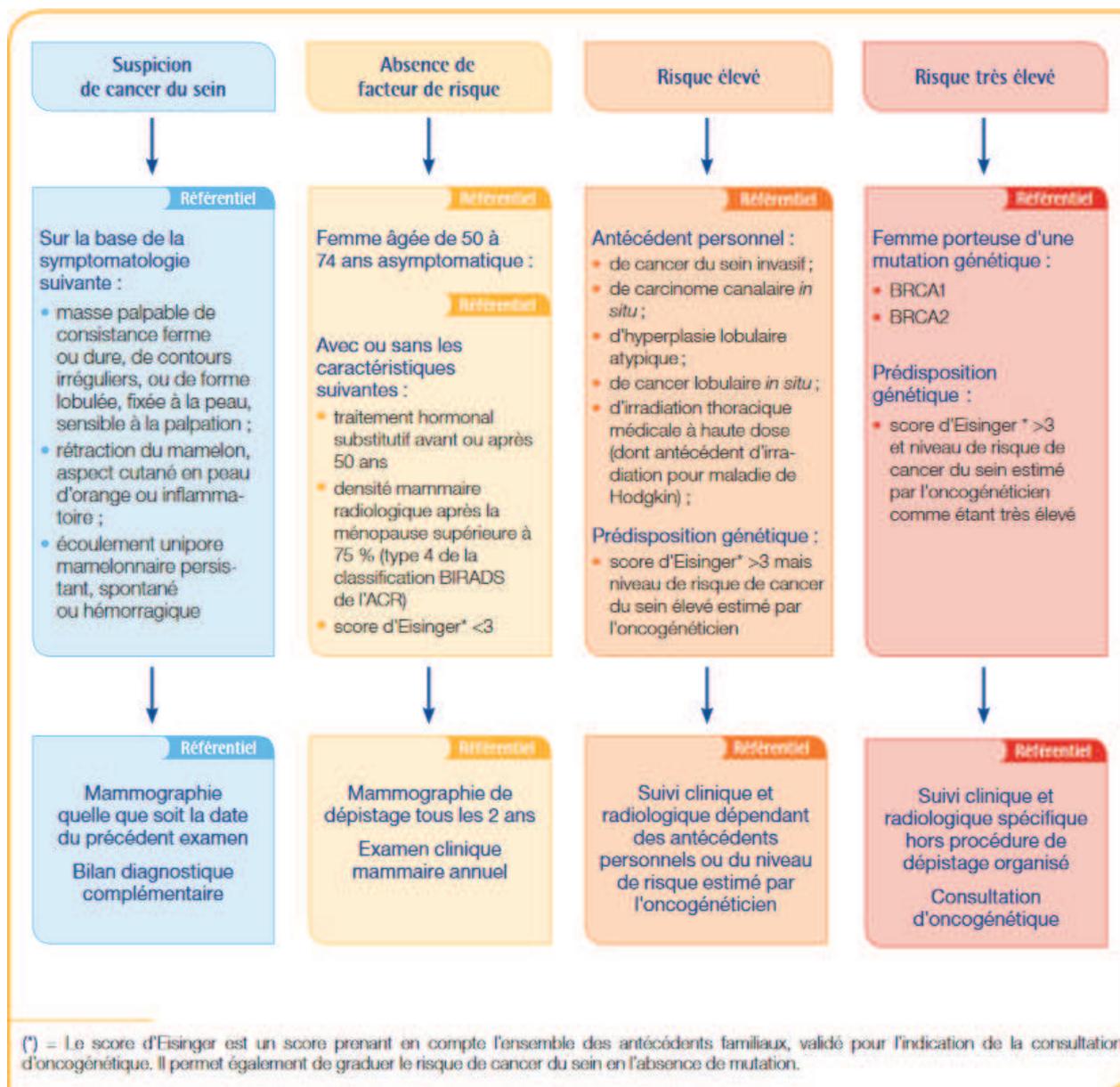


Figure 2 : algorithme de dépistage du cancer du sein en fonction du niveau de risque.

Source HAS, Référentiel Dépistage et prévention du cancer du sein, Février 2015 (43)

4.3.2. Participation au dépistage

En 2016, le taux de participation au dépistage en France entière était de 50,7 %, avec plus de 2 530 000 femmes dépistées au cours de l'année, mais il restait inférieur aux recommandations qui préconisent un taux de participation de la population cible supérieur ou égal à 70%.

Pour la période 2015-2016, qui correspond à une « campagne » de dépistage puisque les femmes sont invitées à participer au dépistage tous les deux ans, ce sont plus de 5 millions de femmes qui ont été dépistées et le taux de participation était de 51,1 %.

Après une stabilisation de la participation autour de 52 % entre 2008 et 2014, ces nouvelles données montrent une légère baisse de celle-ci. Cette baisse, peut-être conjoncturelle, s’observe pour toutes les tranches d’âge sauf les 70-74 ans, et pour toutes les régions de métropole.(45)

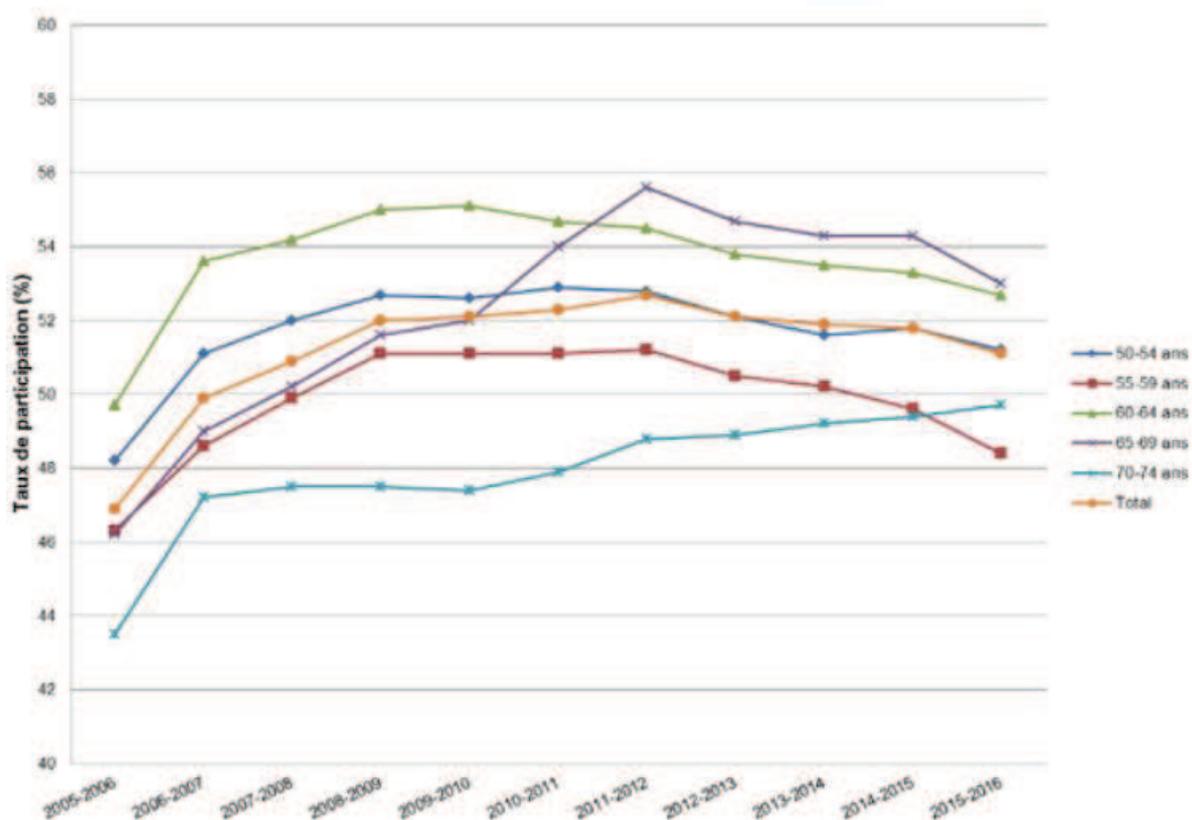


Figure 3: Evolution du taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein, par âge - Période 2005 à 2016. Source : Santé Publique France (46)

III. METHODOLOGIE

1. OBJECTIFS

L'objectif principal de cette étude est de déterminer la participation au dépistage des cancers gynécologiques (sein et utérus) en effectuant un état des lieux dans la population des femmes médecins généralistes des départements des Hautes-Alpes (05) et des Alpes-de-Haute-Provence (04).

L'objectif secondaire est de rechercher les facteurs qui pourraient être des freins à leur participation, et de les comparer à leurs conditions de travail (type et lieu d'exercice, charge de travail...).

2. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale, réalisée à partir d'un auto-questionnaire papier anonyme, en vue d'effectuer une analyse quantitative.

3. POPULATION ETUDIEE

3.1. Définition

La population étudiée est celle des femmes médecins généralistes des Hautes-Alpes et des Alpes-de-Haute-Provence inscrites en 2017 au Conseil National de l'ordre des médecins (CNOM), dont la liste est accessible sur leur site internet.

3.2. Critères de sélection

- Inclusion: Nous avons inclus toutes les femmes inscrites au CNOM dans les départements précités en tant que médecin généraliste, âgées de 25 à 65 ans, quel que soit leur mode d'exercice (libéral, salarié ou mixte) et leur lieu d'exercice (urbain, rural), y compris les médecins à exercice particulier.

- Exclusion : Nous avons exclu de cette étude les femmes médecin remplaçantes et âgées de plus de 65 ans (ceci après réception des questionnaires, où l'âge était mentionné)

3.3. Taille de l'échantillon

- Dans le département 04 : 120 médecins généralistes de sexe féminin sont répertoriés dont 7 remplaçantes exclues et 1 erreur d'annuaire exclue également (autre spécialité que médecine générale mal indexée).
- Dans le département 05 : 171 médecins généralistes de sexe féminin dont 17 remplaçantes exclues et 1 erreur d'annuaire également.
- Soit **265 femmes médecins réparties sur les 2 départements qui ont donc été contactées par voie postale.**

4. RECCUEIL DES DONNEES

Le recueil des données s'est effectué à l'aide d'un questionnaire adressé par courrier postal.

Cf Annexe 8.

Une enveloppe de retour pré-timbrée et libellée était fournie afin d'optimiser le taux de réponse.

L'élaboration du questionnaire s'est faite après analyse de la littérature.

Des corrections ont été apportées suite à la relecture par trois médecins généralistes et deux non-médecins.

Le questionnaire d'une page A4 recto-verso comportait une courte introduction qui replaçait le contexte de l'étude et le fait que le traitement des données serait anonyme.

Puis, trois thèmes étaient explorés :

- Le profil du médecin interrogé, afin de classer les résultats,
- Les patientes du médecin, s'il avait une activité gynécologique,
- La santé du médecin, avec deux sous-parties concernant son suivi personnel à propos des dépistages du cancer du sein et du col de l'utérus.

La plupart des questions étaient fermées et à choix multiples.

Quelques lignes étaient libres en fin de questionnaire pour les remarques éventuelles.

Le recueil s'est déroulé du 12 Juin au 30 Septembre 2017.

En cas d'oublis de réponse à certaines questions, nous avons également effectué dans un deuxième temps, mais toujours avant la date du 30 septembre 2017, des relances par e-mail et parfois par téléphone lorsque les médecins avaient accepté de nous communiquer leur coordonnées en fin de questionnaire. Ce recueil des coordonnées devait permettre de les recontacter pour de plus amples précisions et de leur communiquer les résultats de notre étude. Cela nous a permis de remplir au mieux notre recueil de données afin qu'il soit le plus complet possible en vue de l'analyse quantitative.

5. SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES

Une base de données a été créée avec le logiciel Microsoft Excel®.

Les variables à analyser étant catégorielles, de ce fait les tests statistiques réalisés sont celui du Chi² et le test exact de Fisher lorsque la taille de l'échantillon n'était pas assez importante pour le Chi² (valeurs inférieures à 5).

Les tests ont été réalisés avec le site internet BiostaTGV. Les résultats de ces tests ont été vérifiés par un statisticien qui a confirmé leur exactitude avec une marge d'erreur minime de l'ordre de 10⁻⁴.

IV. RESULTATS

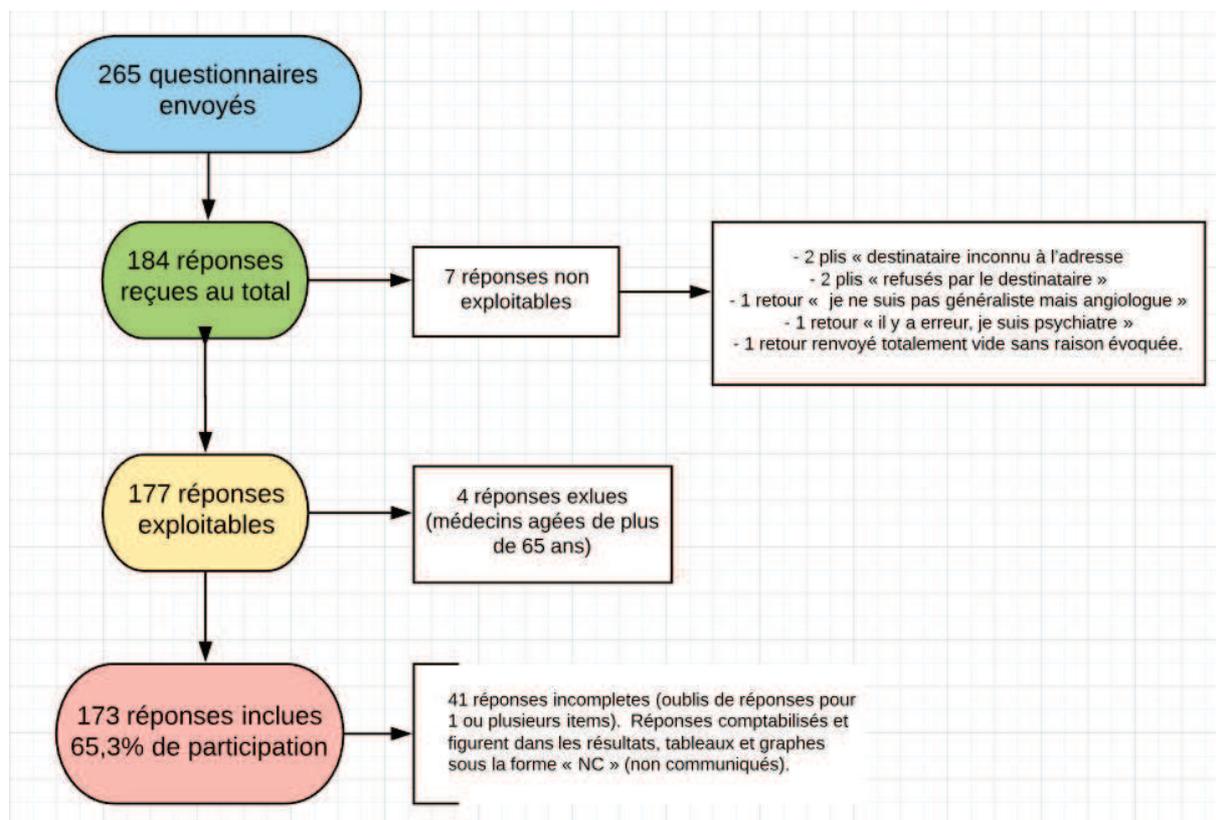


Figure 4 : diagramme de flux.

Sur 265 questionnaires envoyés, 184 courriers nous sont parvenus en retour. Sur les 184 courriers reçus, 173 d'entre eux ont pu être exploités soit une participation de 65,3%.

11 questionnaires n'ont pu être étudiés pour les raisons suivantes :

- 2 plis « destinataire inconnu à l'adresse » (1 dans le 04 et 1 dans le 05)
- 2 plis « refusés par le destinataire » (1 dans le 04 et 1 dans le 05)
- 1 retour « je ne suis pas généraliste mais angiologue » avec questionnaire renvoyé non rempli
- 1 retour « il y a erreur, je suis psychiatre »
- 1 retour renvoyé totalement vide sans raison évoquée.
- 4 questionnaires dûment complétés mais dont les réponses ont été exclues de l'étude car les femmes étaient âgées de plus de 65 ans (respectivement 66, 70, 71 et 73 ans).

Par ailleurs sur les 173 réponses exploitables, notons que 41 questionnaires étaient incomplets (pas de réponse pour 1 ou plusieurs items). Les items incomplets ont été

comptabilisés et figurent dans les résultats, tableaux et graphes sous la forme « NC » (non communiqués).

Les résultats sont exprimés en pourcentages et la valeur absolue est précisée entre parenthèses après le pourcentage.

Pour certaines figures, afin de privilégier une clarté de lecture, les valeurs minoritaires et les effectifs NC n'ont pas été intégrés. Lorsque c'est le cas, ils figurent dans la description texte qui précise la figure.

1. PROFIL DES MEDECINS

1.1. Age

Dans notre étude, les âges sont répartis de la façon suivante, tous départements confondus :

- 4% des médecins ont moins de 30 ans (7)
- 20,8% ont entre 30 et 39 ans (36)
- 26,6 % ont entre 40 et 49 ans (46)
- 33,5 % ont entre 50 et 59 ans (58)
- 15% ont entre 60 et 65 ans (26)

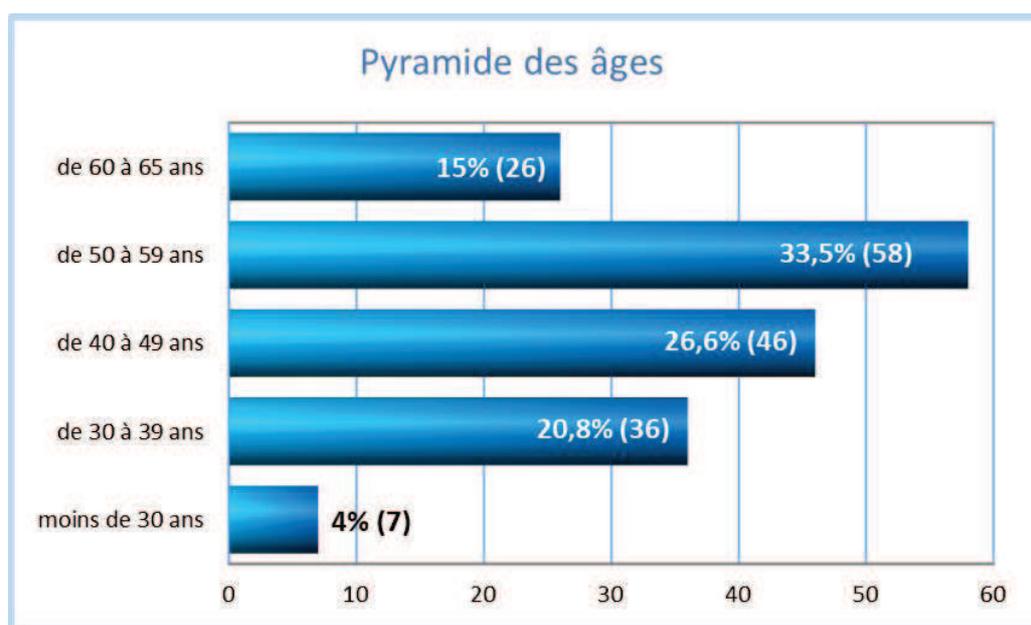


Figure 5: âge des médecins.

L'âge moyen des médecins de notre étude est de 47,8 ans avec un écart type de 10,6 ans (de 28 ans à 65 ans).

1.2. Département d'exercice

- 61,8 % (107) des femmes de notre étude exercent dans le département Hautes-Alpes ;
- 38,2% (66) des femmes de notre étude exercent dans le département des Alpes-de-Haute-Provence.

1.3. Milieu d'exercice

Les milieux d'exercice sont répartis de la façon suivante, tous départements confondus :

- 46,8 % (80) des femmes exercent en milieu urbain ;
- 16,4 % (28) exercent en milieu rural ;
- 36,8% (63) exercent en milieu semi rural.

2 valeurs sont manquantes (NC).

1.4. Mode d'exercice

Les différents modes d'activités des femmes médecins que nous avons interrogées sont répertoriés dans le tableau suivant, tous départements confondus :

Libérale en cabinet de groupe	54	31,2%
Libérale seule	24	13,9%
Libérale	78	45,1%
Salariée à l'hôpital	41	23,7%
Salariée en clinique	2	1,2%
Salariée en EHPAD/ SSR	14	8,1%
Salariée en Centre de santé	2	1,2%
Salariée (autre)	18	10,4%
Salariée	77	44,5%
Mixte	18	10,4%
NC	0	0,0%

Figure 6: les différents modes d'exercice des médecins.

Nous constatons que **45,1 % des femmes exercent en libéral (78), 44,5% en salariat (77) et 10,4% ont une activité mixte (18).**

En ce qui concerne les 18 résultats de la catégorie « salariée, autre », notre étude a retrouvé les réponses suivantes :

- 4 femmes exerçant en PMI (Protection maternelle et Infantile) ;
- 1 femme médecin conseil à la CPAM ;
- 1 femme médecin du travail ;
- 5 femmes exerçant au conseil départemental ;
- 1 femme exerçant à l'Etablissement Français du Sang ;
- 1 femme exerçant en centre médico-social ;
- 1 femme exerçant en SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) ;
- 1 femme exerçant en SDIS (Service Départemental Incendies et Secours) ;
- 1 femme exerçant dans « la fonction publique » ;
- 2 femmes n'ont pas précisé.

Par ailleurs, 63% d'entre elles (109) ont précisé qu'elles avaient un diplôme complémentaire à leur formation initiale (DU, DIU, DESC). Parmi les plus fréquemment énoncés, on retrouve :

- DU de gynécologie médicale/ suivi de grossesse/ contraception/ IVG ;
- Capacité de gériatrie / géronto-psychiatrie ;
- DESC d'urgence/ CAMU ;
- Médecine du sport / traumatologie ;
- DU de soins palliatifs ;
- DU de nutrition et diabétologie ;
- DU de pédiatrie.

1.5. Horaires de travail

Le tableau suivant regroupe le nombre d'heures travaillées par les médecins de notre étude par semaine en moyenne (consultation + gestion administrative, hors gardes), tous départements confondus :

< 30 h	14	8,1%
de 30 à 40 h	81	47,1%
de 41 à 50 h	55	32,0%
de 51 à 60 h	14	8,1%
> 60 h	8	4,7%

Figure 7: nombre d'heures travaillées par semaine.

La majorité des femmes de notre étude travaille entre 30 et 50 heures par semaine : 79,1% (136). 1 valeur manquante (NC).

1.6. Congés

Tous départements confondus, notre étude retrouve que :

- 1,8% (3) des femmes prennent moins de 2 semaines de vacances par an ;
- 43,9% (75) des femmes prennent de 2 à 5 semaines de vacances par an ;
- 54,4 % (93) des femmes prennent plus de 5 semaines de vacances par an.

2 NC.

Nous avons également étudié quelle était la durée des vacances selon le mode d'exercice des médecins. La figure suivante représente nos résultats, tous départements confondus.

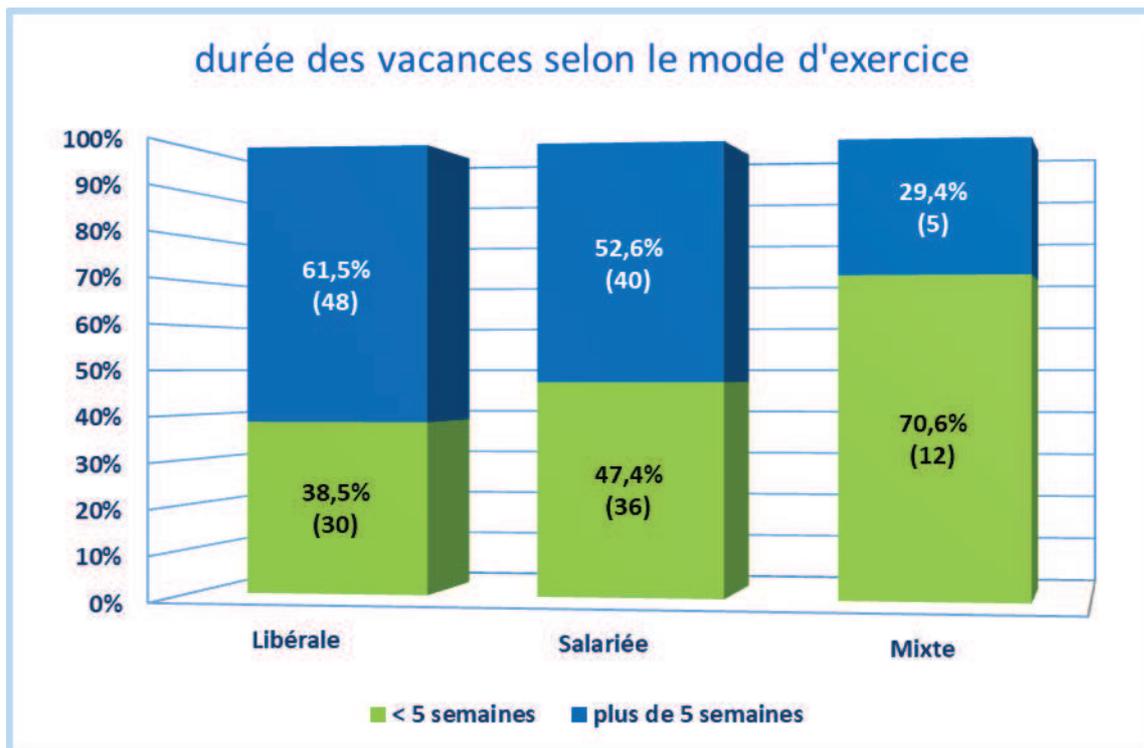


Figure 8: durée des vacances des médecins en semaines, selon leur mode d'exercice.

61,5% (48) des femmes exerçant en libéral prennent plus de 5 semaines de congés par an contre 52,6% (40) des femmes exerçant en salariat et 29,4% (5) des femmes exerçant une activité mixte.

2 NC (1 dans la catégorie salariée et 1 dans mixte).

1.7. Leur médecin traitant

94,8 % (164) des médecins de notre étude ont déclaré un médecin traitant, et 5,2% (9) n'en ont pas déclaré (ce sont des femmes âgées de 28, 29, 31, 32, 34, 51, 54 ans pour 2 d'entre elles, et 59 ans.).

Parmi celles ayant déclaré un médecin traitant :

- 67,7% (111) se sont déclarées comme étant leur propre médecin traitant ;
- 32,3% (53) ont déclaré un confrère comme médecin traitant.

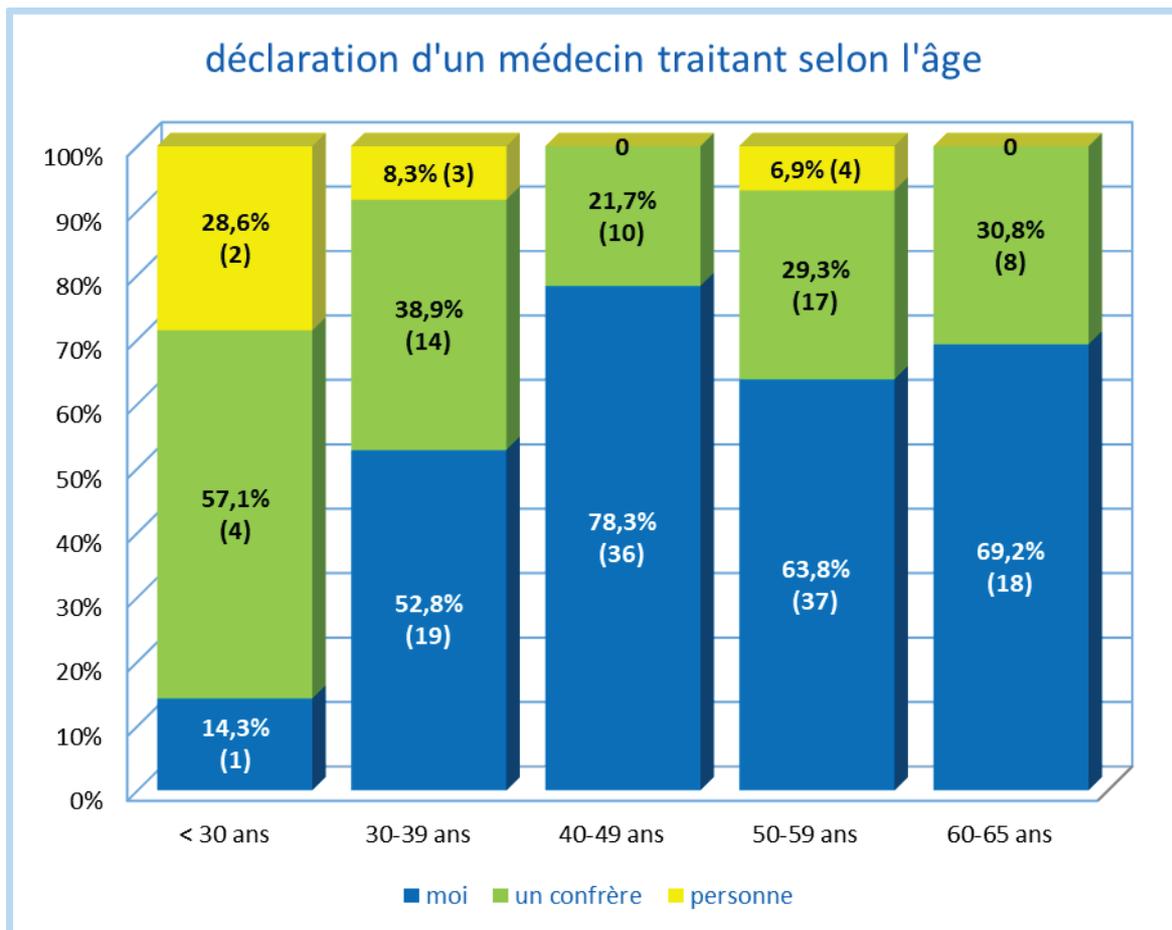


Figure 9: déclaration d'un médecin traitant selon les classes d'âges.

Les femmes s'étant déclarées en majorité comme étant leur propre médecin traitant se répartissent comme suit :

- 52,8% (19) pour la tranche 30-39 ans ;
- 78,3% (36) pour les 40-49 ans ;
- 63,8% (37) pour les 50-59 ans ;
- 69,2% (18) pour les 60-65 ans.

Chez les moins de 30 ans elles ont privilégié le choix d'un autre confrère comme médecin traitant à 57,1% (4).

2. LEURS PATIENTES

2.1. Pratique de la gynécologie en général

57,2 % (99) des femmes incluses dans notre étude ont déclaré pratiquer de la gynécologie dans le cadre de leur exercice médical. 42,8% (74) n'en pratiquent pas du tout.

Parmi les médecins ne pratiquant pas de gynécologie, les raisons suivantes ont été évoquées :

- Pour 90,5% (67) d'entre elles, leur exercice quotidien ne s'y prête pas (emploi en SSR, EHPAD, médecin urgentiste...), dont 2 ont également précisé qu'elles manquaient aussi de formation.
- En ce qui concerne les autres raisons :
 - o 3 médecins ont déclaré ne pas être intéressés par la pratique de la gynécologie ;
 - o 1 médecin a déclaré manquer de temps pour en pratiquer ;
 - o 1 médecin a coché l'item « autre raison » et a précisé qu'elle préférerait adresser les patientes à son associé ;
 - o 2 médecins ont déclaré ne pas pratiquer de gynécologie sans cocher d'item pour préciser pourquoi (2 NC).

2.2. Dépistage du cancer du col de l'utérus

Parmi les 99 femmes qui pratiquent de la gynécologie, 85,9 % (85) d'entre elles ont déclaré réaliser elles-mêmes des frottis cervico-utérins (FCU) à leurs patientes.

- 51,8% (44) de ces médecins déclarent réaliser le premier FCU de leur patientes avant l'âge recommandé de 25 ans : 9,4% (8) le pratiquent avant l'âge de 20 ans et 42,4% (36) entre l'âge de 20 et 24 ans.
- 48,2% (41) des médecins déclarent réaliser le premier FCU de leur patientes à partir de 25 ans.

Nous avons voulu comparer l'âge des médecins et l'âge auquel elles déclarent pratiquer le premier FCU chez leurs patientes. Le tableau suivant regroupe les résultats obtenus.

	<25 ans	>25 ans
moins de 30 ans	33,3% (2)	66,7% (4)
de 30 à 39 ans	44,4% (8)	56,6% (10)
de 40 à 49 ans	52,4%(11)	47,6% (10)
de 50 à 59 ans	58,3% (14)	41,7% (10)
de 60 à 65 ans	56,3%(9)	43,8% (7)

Figure 10: Comparaison entre l'âge de nos médecins et l'âge auquel elles déclarent réaliser le premier FCU chez leur patientes.

On constate qu'à partir de la tranche d'âge de 40-49 ans, et pour toutes celles au-dessus, plus de la moitié des médecins réalisent le premier FCU de leurs patientes avant l'âge de 25 ans pourtant indiqué par les recommandations actuelles. Dans les tranches de moins de 30 ans et de 30 à 39 ans, les médecins réalisent majoritairement le 1^{er} FCU de leurs patientes à partir de 25 ans.

En considérant que les 2 premiers FCU à 1 an d'intervalle de leurs patientes sont normaux, voici la fréquence à laquelle les médecins de notre étude déclarent réaliser les FCU de suivi :

- Tous les ans : 1,2% (1) ;
- Tous les 2 ans : 42,3% (36) ;
- Tous les 3 ans : 54,1% (46) ;
- Au-delà de tous les 3 ans : 2,4% (2).

2.3. Dépistage du cancer du sein

Sur les 99 médecins pratiquant de la gynécologie, 92,9 % (92) d'entre elles déclarent pratiquer une palpation mammaire annuelle chez leurs patientes.

7 médecins ont déclaré qu'elles ne pratiquaient pas la palpation mammaire pour les raisons suivantes :

- 3 d'entre elles ont déclaré qu'elles oubliaient de le faire,
- 1 a déclaré ne pas savoir faire le geste correctement,

- 2 d'entre elles ont coché la mention « autre » et ont précisé qu'elles exerçaient en service d'urgences. On constate que les 2 ont précisé qu'elles exerçaient de la gynécologie dans le cadre de leur pratique mais uniquement des suivis de grossesse,
- 1 a précisé ne pas réaliser le geste sans en préciser la raison.

Par ailleurs, 98% (97) des médecins pratiquant de la gynécologie incitent leurs patientes à participer au dépistage organisé du cancer du sein. Notons que 2 % (2) ont déclaré l'inverse.

3. LEUR SANTE

3.1. Suivi global

Un item du questionnaire d'étude portait sur la perception des médecins en ce qui concerne la prise en charge globale de leur propre santé (avis subjectif). Les réponses obtenues sont présentées dans la figure suivante :

prise en charge de leur santé		
1 = pas du tout	7	4,1%
2	25	14,5%
3	65	37,8%
4	58	33,7%
5 = très bien	17	9,9%

Figure 11 : Réponses obtenues des médecins à la question : « pensez-vous prendre en charge correctement votre santé ? ». De 1 signifiant : non pas du tout, à 5 signifiant : Oui très bien. 1 NC

3.2. Dépistage du cancer du col de l'utérus

3.2.1. Antécédents

11% (19) des médecins de notre étude ont déjà été atteintes d'une dysplasie ou d'un cancer du col utérin. Les 89% (154) restantes n'ont pas déclaré d'antécédents à ce niveau.

Ces 19 femmes ont par conséquent été exclues des résultats sur la partie liée au dépistage du cancer du col de l'utérus (fréquence des FCU, date du dernier FCU, pourquoi le dernier FCU datait de plus de 3 ans, mise en place d'un programme de dépistage organisé), puisqu'elles relèvent à présent d'un suivi personnalisé. Nous avons conservé leurs réponses uniquement pour les items suivants : âge de réalisation de leur 1^{er} FCU et qui réalise leur FCU généralement.

3.2.2. Le frottis cervico utérin

99,4 % (172) des femmes de notre étude ont déjà bénéficié d'un frottis cervico utérin (FCU). Seule l'une d'elles n'en a encore jamais eu.

Elle a précisé n'en avoir jamais fait car elle n'en voyait pas l'utilité ou ne se sentait pas concernée. Il s'agissait d'une femme de 28 ans, célibataire, qui s'est déclarée comme étant son propre médecin traitant. Elle exerce dans le département 04, en milieu rural, dans un cabinet libéral de groupe. Sa fréquence de palpation des seins était d'une fois tous les 3 ans ou plus, en autopalpation seulement (elle a précisé qu'elle était gênée d'aller voir un confrère).

Nous avons demandé aux médecins par qui elles faisaient réaliser leur propre FCU en général.

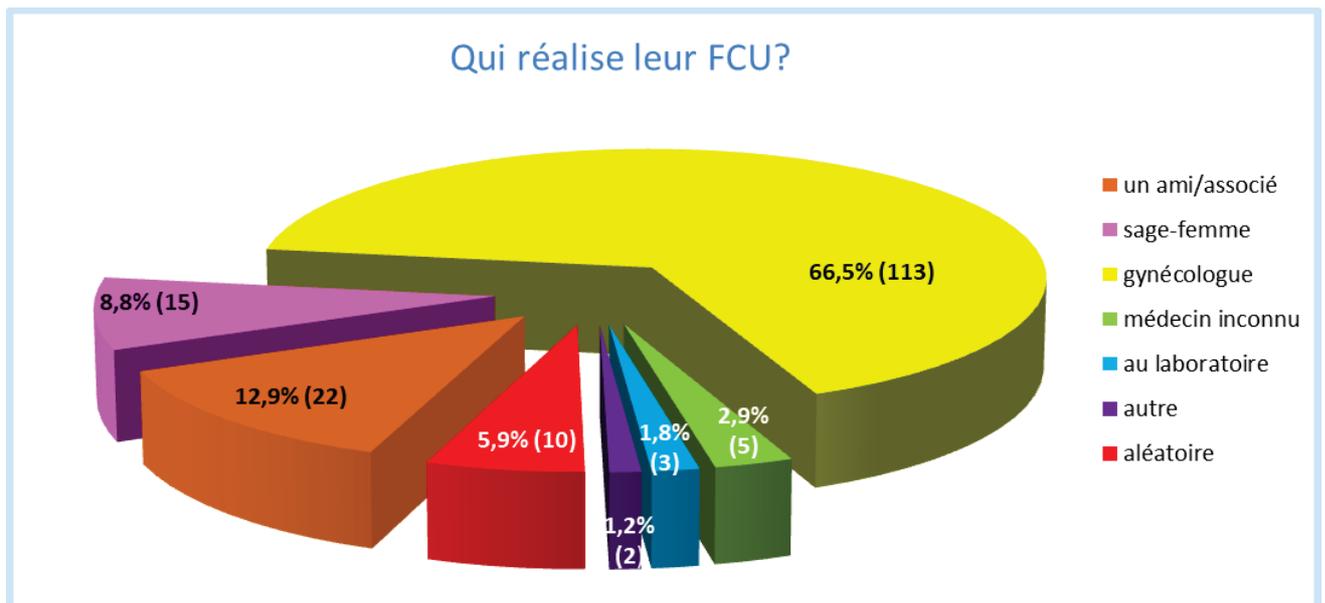


Figure 12 : Professionnels réalisant les FCU de nos médecins.

Les résultats obtenus sont les suivants :

- la majorité des prélèvements ont été effectués par un gynécologue : 66,5% (113) ;
- puis dans 12,9 % (22) des cas elles ont déclaré les faire réaliser par un(e) ami(e) médecin ou leur associé ;
- 8,8% (15) les font réaliser par une sage-femme ;
- 2,9% (5) les font réaliser par un médecin extérieur à leur cercle de connaissance (« médecin inconnu » dans la figure) ;
- 1,8 % (3) les font réaliser en laboratoire d'analyses médicales ;
- 1,2 % ont coché l'item « autre » en précisant pour l'une que c'était son époux qui pratiquait le geste, la deuxième n'a pas précisé ;
- 5,9% (10) d'entre elles les faisaient pratiquer de manière aléatoire, c'est-à-dire par plusieurs professionnels à la fois.

2 NC.

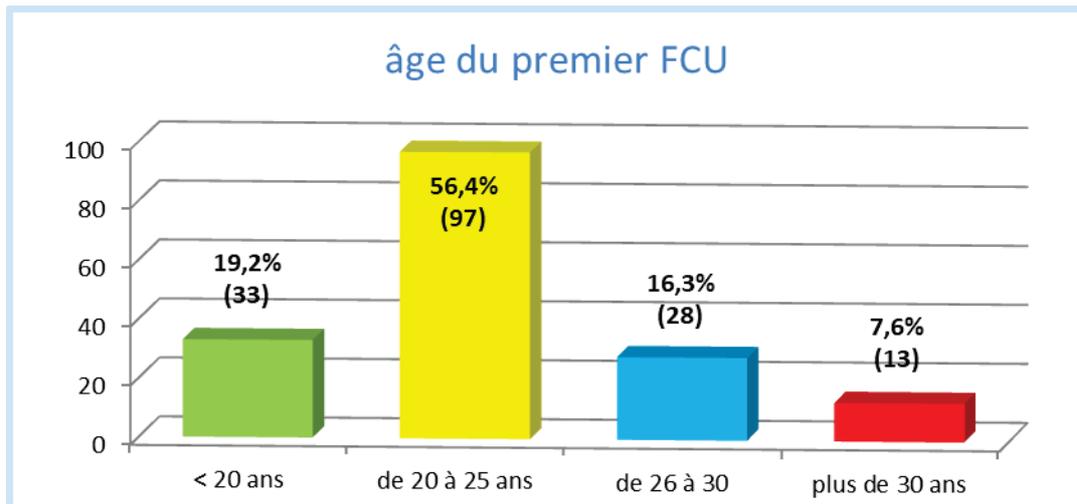


Figure 13 : Age de réalisation de leur premier FCU.

Concernant l'âge de réalisation de leur premier FCU :

- 19,2 % (33) ont eu le premier FCU avant l'âge de 20 ans ;
- 56,4% (97) l'ont eu entre 20 et 25 ans ;
- 16,3% (28) l'ont eu entre 26 et 30 ans ;
- 7,6% (13) l'ont eu après l'âge de 30 ans ;
- 0,6 % (1) n'en a encore jamais effectué comme précisé plus haut.

1 NC.

Chez les femmes de notre étude n'ayant jamais eu de dysplasie ou cancer, leur dernier FCU avait eu lieu il y a :

- Moins d'un an : 36,4 % (56) ;
- 2 ans : 29,2% (45) ;
- 3 ans : 15,6 % (24) ;
- Jamais ou plus de 3 ans : 18,8 % (29 dont 1 jamais).

Le dernier FCU datait donc de 3 ans ou moins pour 81,2% (125) des femmes.

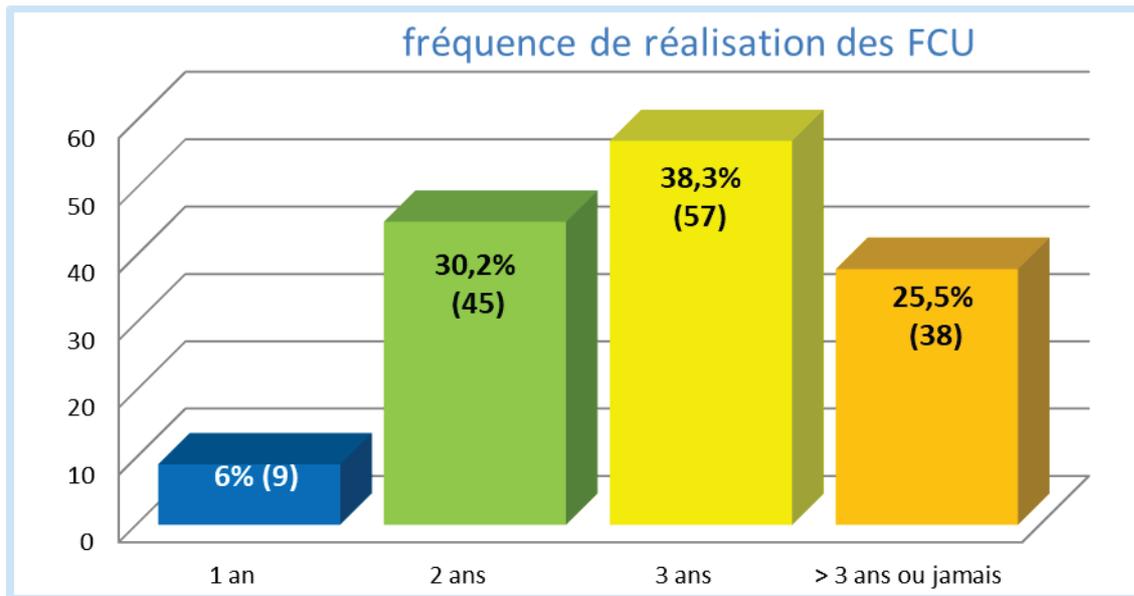


Figure 14 : Fréquence de réalisation des FCU chez les médecins n'ayant jamais eu de dysplasie/cancer du col de l'utérus.

Généralement, les médecins ont déclaré réaliser leur FCU à la fréquence suivante :

- Tous les ans : 6 % (9) ;
- Tous les 2 ans : 30,2 % (45) ;
- Tous les 3 ans : 38,3 % (57) ;
- Jamais ou au-delà de tous les 3 ans : 25,5 % (38 dont 1 jamais).

5 NC.

Donc, 74,5% (111) des femmes réalisent leur FCU tous les 3 ans ou moins. 25,5 % (38) les réalisent à une fréquence supérieure à tous les 3 ans ou n'en ont jamais eu.

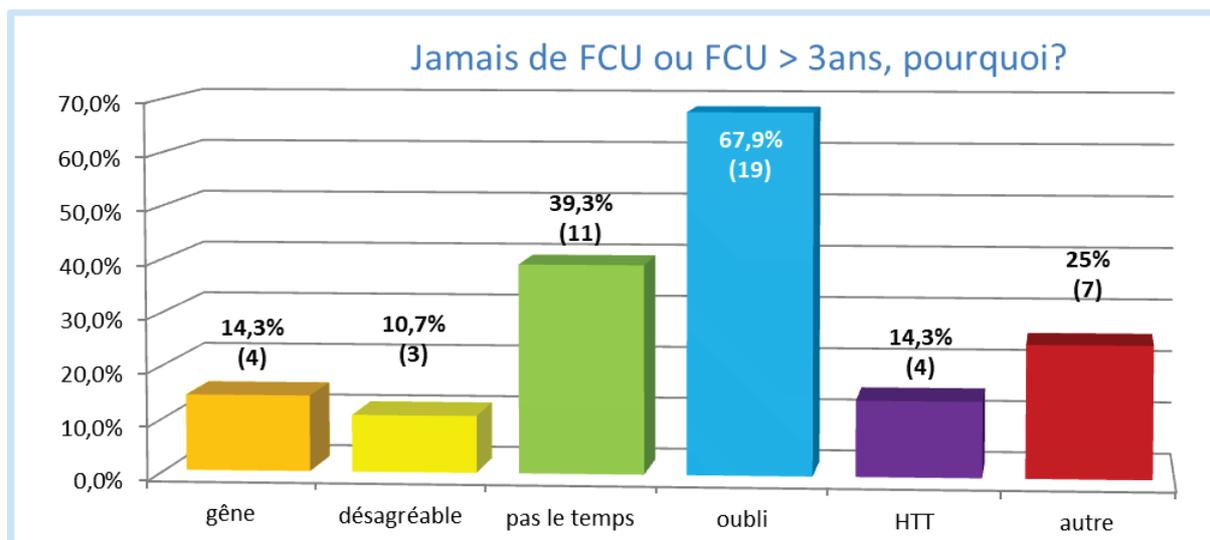


Figure 15: Raisons pour lesquelles les femmes indiquaient que leur dernier frottis datait de plus de 3 ans ou n'en avoir jamais fait¹. (HHT=hystérectomie totale).

Les femmes qui disaient ne jamais avoir réalisé de FCU ou dont le dernier remontait à plus de 3 ans indiquaient (plusieurs choix étaient possibles)¹ :

- Un oubli ou une négligence : 67,9% (19) ;
- Un manque de temps : 39,3% (11) ;
- Etre gênées d'aller voir un confrère (problème d'intimité) : 14,3% (4) ;
- Geste désagréable ou douloureux : 10,7% (3) ;
- En raison d'une hystérectomie totale : 14,3% (4) ;
- Autre raison : 25 % (7) ;
 - o Ne se sentent pas concernées/ n'en voient pas l'utilité : 2 personnes,
 - o Pas de symptômes : 1 personne,
 - o Peur d'une mauvaise nouvelle : 1 personne,
 - o Délais d'attente longs pour avoir un rendez-vous : 1 personne,
 - o Gynécologue habituel qui exerce sur Marseille, éloigné de son lieu de vie : 1 personne,
 - o Manque de motivation et soucis personnels : 1 personne.

¹ Les résultats exprimés en pourcentage ont été calculés sur la base d'une population de 28 femmes (1 NC). Le total des résultats exprimé en pourcentage dépasse 100 car plusieurs réponses pouvaient être sélectionnées à la fois par les médecins

Personne n'a indiqué que la raison d'un suivi insuffisant était une difficulté d'accès à un professionnel ou à une structure de santé dans sa ville.

1 NC.

3.2.3. Mise en place d'un dépistage organisé ?

28,5% (37) des femmes ont déclaré que la mise en place d'un dépistage organisé les aiderait à réaliser leur FCU. 71,5 % (93) ont déclaré que non.

24 NC.

3.3. Dépistage du cancer du sein.

3.3.1. Antécédents

2,3% (4) des femmes de l'étude ont déjà eu un cancer du sein dont 1 âgée de 51 ans étant suspecte de mutation BRCA., les 3 autres avaient 45, 52 et 61 ans.

Nous avons exclu leurs réponses pour la partie de l'étude concernant le dépistage du cancer du sein puisqu'elles sortent du cadre du dépistage organisé. **A partir d'ici n=169.**

3.3.2. Palpation des seins

98,2% (166) des femmes de notre étude ont déclaré avoir déjà eu une palpation mammaire. Cette palpation a été effectuée au moins de la manière suivante (plusieurs modalités d'examens pouvaient être sélectionnées à la fois)² :

- Auto palpation pour 68,7% (114) des femmes,
- Un médecin ami/associé pour 6,6% (11) des femmes,
- Une Sage-femme pour 6,6% (11) des femmes,
- Un gynécologue pour 77,7% (129) des femmes,
- Un médecin extérieur à leur cercle de connaissances pour 4,8% (8) des femmes,
- « Autre » pour 8,4% (14) des femmes : 10 par un radiologue et 4 par un médecin du travail.

² Les résultats exprimés en pourcentage ont été calculés sur la base d'une population de 166 femmes. Le total des résultats exprimé en pourcentage dépasse 100 car plusieurs modalités d'examens pouvaient être sélectionnées à la fois par les médecins.

La palpation est donc effectuée en très grande majorité par au moins un gynécologue dans 77,7% (129) des cas, et au moins en autopalpation dans 68,7% (114) des cas.

12,7% (21) d'entre elles n'ont jamais bénéficié d'une palpation mammaire par un professionnel de santé autre qu'elles-mêmes (autopalpation uniquement).

1,8% (3) d'entre elles n'ont jamais eu de palpation mammaire du tout (même en autopalpation). Ces femmes étaient âgées de 29 ans, 40 ans et 60 ans.

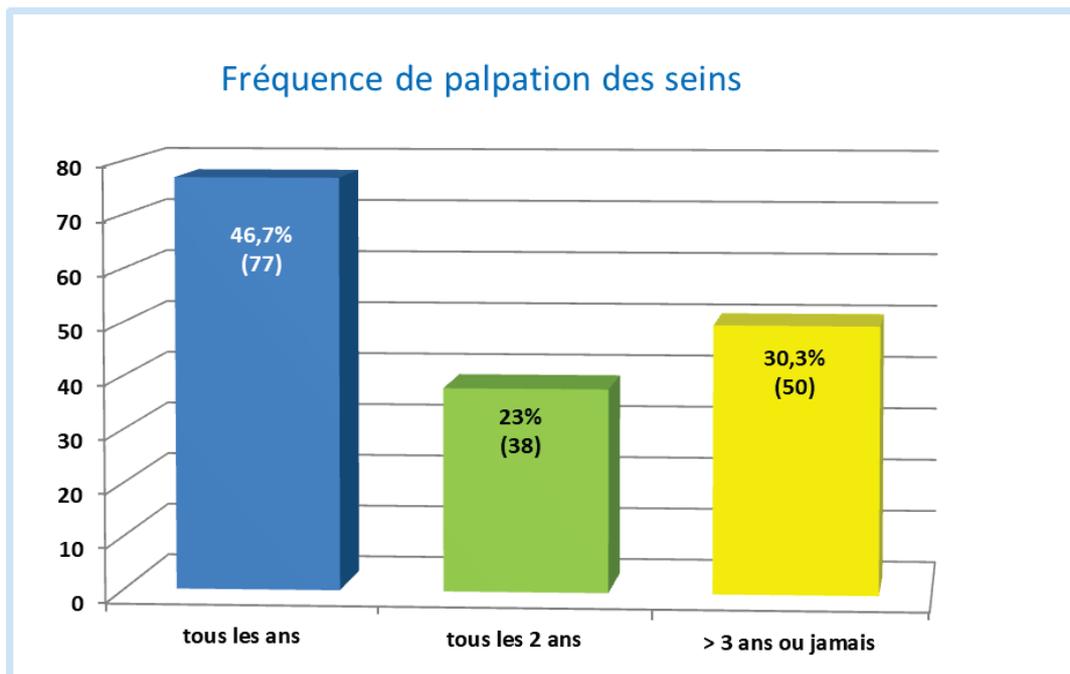


Figure 16: Fréquence de palpation des seins.

La fréquence de la palpation de leur seins était de :

- Tous les ans : 46,7% (77) ;
- Tous les 2 ans : 23% (38) ;
- Jamais ou supérieure à 3 ans: 30,3% (50 dont 3 jamais).

Elles sont donc 53,3 % (88) à n'avoir jamais eu une palpation mammaire ou alors tous les 2 ans ou plus et 46,7% (77) à en avoir eu une tous les ans généralement.

4 NC.

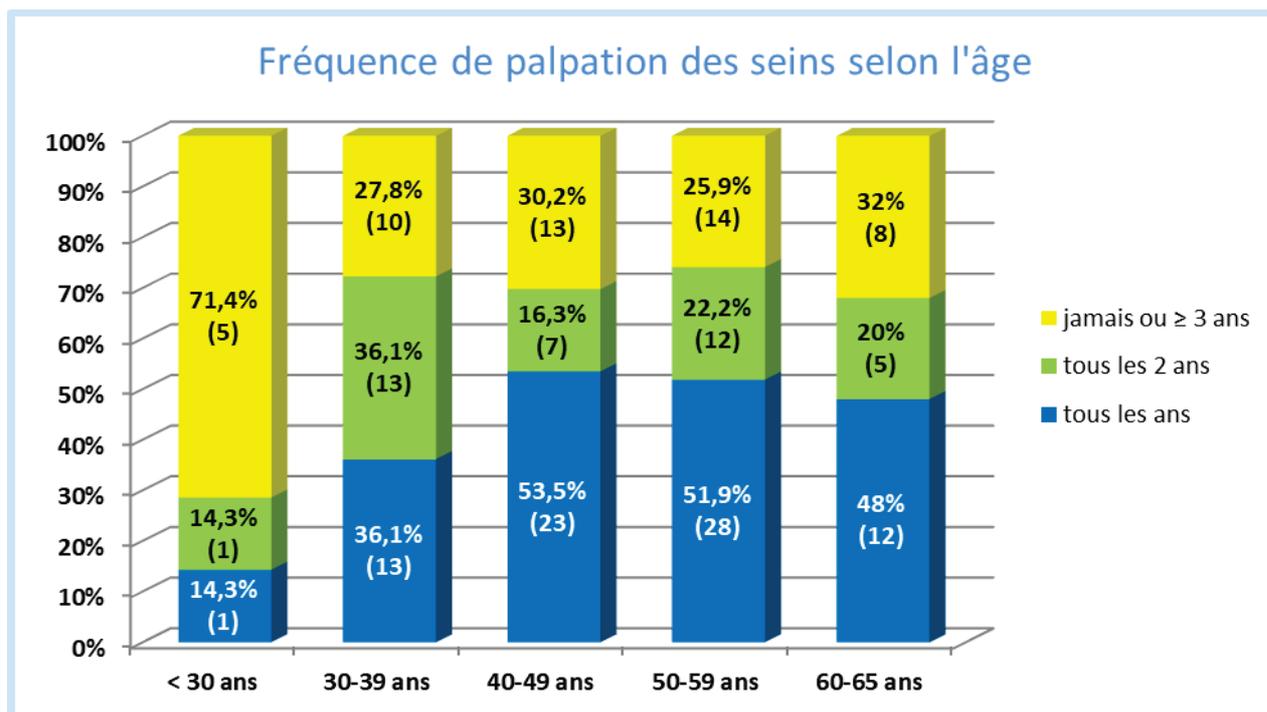


Figure 17: fréquence de la palpation des seins selon les tranches d'âge.

On constate que pour les tranches d'âge de 40-49 ans, 50-59 ans et 60-65 ans, les femmes sont environ 50% à pratiquer ou faire pratiquer une palpation mammaire annuelle. Presque la moitié d'entre elles n'en pratiquent que tous les 2 ans ou plus.

Elles ne sont plus que 14,3% (1) à pratiquer ou faire pratiquer une palpation annuelle chez les moins de 30 ans, et 36,1% (13) chez les 30-39 ans.

Il n'y a pas de lien significatif entre l'âge et la fréquence de palpation des seins ($p=0.179$ selon le test de Fisher).

Il y a 4 valeurs manquantes pour cet item (2 NC pour les 40-49 ans et 2 NC pour les 50-59 ans).

La dernière palpation mammaire remontait à :

- Moins d'un an pour 58,9% (99) des femmes ;
- Entre 1 et 2 ans pour 23,8% (40) des femmes ;
- 3 ans et plus ou jamais pour 17,3% (29 dont 3 jamais) des femmes.

1 NC.

Donc, 41,1% (69) des femmes de notre études ont déclaré que leur dernière palpation mammaire remontait à il y a plus d'un an ou qu'elles n'en ont jamais eu.

Quand la palpation mammaire datait de plus d'un an ou qu'elles n'en avaient jamais eu, elles le justifiaient par au moins une des raisons suivantes (plusieurs réponses étaient parfois choisies à la fois)³:

- Oubli ou négligence : 62,5 % (35) ;
- Manque de temps : 33,9% (19) ;
- Difficulté d'accès à un professionnel dans leur ville/trop éloignés : 12,5% (7) ;
- Pas de symptômes : 10,7% (6) ;
- Gêne à aller voir un confrère (soucis d'intimité) : 7,1% (4) ;
- Peur d'une mauvaise nouvelle : 3,6% (2) ;
- Autre raison : 10,7% (6) ;
 - o 1 a précisé que le geste ne lui avait jamais été proposé par les professionnels qu'elle avait consultés ;
 - o 1 a précisé qu'elle avait consulté son gynécologue pour une métaplasie du col sur HPV et que la palpation des seins n'était pas prioritaire ;
 - o 1 a précisé qu'elle n'avait pas pu consulter récemment ;
 - o 2 ont précisé qu'elles ne la faisaient pratiquer que tous les 2 ans en même temps que FCU et mammographie ;
 - o 1 a coché « autre » sans préciser.

13 NC.

Les raisons les plus couramment évoquées étaient donc l'oubli/ la négligence et le manque de temps, 8 femmes les ont d'ailleurs sélectionnées toutes 2 en même temps. Vient ensuite la difficulté d'accès à un professionnel de santé.

³ Les résultats exprimés en pourcentage ont été calculés sur la base d'une population de 56 femmes (69 – 13 NC). Le total des résultats exprimé en pourcentage dépasse 100 car plusieurs réponses pouvaient être sélectionnées à la fois par les médecins.

3.3.3. Mammographie

Tous âges confondus, 68% (115) des femmes médecins de notre étude ont déjà bénéficié d'une mammographie au cours de leur vie, contre 32% (54) qui n'en ont jamais réalisé.

Sur les 81 femmes âgées de 50 ans et plus concernées par le dépistage organisé du cancer du sein, 4,9% (4) d'entre elles ont déclaré ne jamais avoir encore fait de mammographie.

Ces 4 femmes étaient :

- Une femme de 56 ans, mariée avec 3 enfants, exerçant une activité salariée dans le 05. La fréquence de réalisation de ses FCU était supérieure à tous les 3 ans ainsi que celle de sa palpation mammaire. Elle a précisé qu'elle manquait de temps et qu'elle oubliait de faire son examen.
- Une femme de 55 ans, mariée avec 3 enfants, exerçant une activité libérale dans le 05. La fréquence de réalisation de ses FCU était supérieure à tous les 3 ans, la fréquence de sa palpation mammaire était annuelle. Elle a précisé qu'elle ne faisait pas son examen car n'avait pas de symptômes.
- Une femme de 50 ans, mariée avec 3 enfants, exerçant une activité mixte dans le 05. La fréquence de réalisation de ses FCU était supérieure à tous les 3 ans ainsi que celle de sa palpation mammaire. Elle a précisé qu'elle avait oublié de faire son examen et qu'il était désagréable.
- Une femme de 50 ans mariée avec 2 enfants, exerçant une activité libérale dans le 05. La fréquence de réalisation de ses FCU était supérieure à tous les 3 ans, la fréquence de sa palpation mammaire était annuelle. Elle a précisé avoir oublié de faire son examen.

3.3.3.1. Mammographie dans le cadre d'un dépistage individuel

Sur les 88 femmes âgées de moins de 50 ans, 43,2% (38) d'entre elles ont déjà eu une mammographie dans le cadre d'un dépistage individuel dont :

- 7,9% (3) avant l'âge de 30 ans ;
- 34,2% (13) entre 30 et 39 ans ;
- 57,9% (22) entre 40 et 49 ans.

56,8 % (50) des femmes de moins de 50 ans n'ont jamais fait de mammographie.

Les raisons du dépistage individuel étaient les suivantes :

- Existence d'anomalies à l'examen clinique ou de symptômes : 39,5 % (15) ;
- Antécédents de cancer du sein dans la famille : 28,9% (11) ;
- Par simple précaution/envie d'un dépistage plus précoce que l'âge recommandé : 23,7% (9) ;
- Symptômes et antécédent de cancer du sein familial : 2,6% (1) ;
- Antécédent de cancer du sein familial et simple précaution : 5,3% (2).

3.3.3.2. Mammographie dans le cadre du dépistage organisé

Sur les 81 femmes âgées de 50 ans et plus concernées par le dépistage organisé (DO) du cancer du sein, 4,9% (4) d'entre elles ont déclaré ne jamais avoir encore fait de mammographie.

Pour les 77 femmes restantes de notre étude, voici l'âge auquel elles ont réalisé leur première mammographie de DO :

- A 50 ans pile pour 71,4 % (55) d'entre elles ;
- Entre 51 et 55 ans pour 13% (10) d'entre elles ;
- A plus de 55 ans pour 1,3% (1) d'entre elles ;
- 3,9% (3) d'entre elles ont précisé clairement qu'elles ne se rappelaient plus de l'âge de leur 1ere mammographie de DO ;
- 10,4 % (8) d'entre elles n'ont rien précisé du tout quant à l'âge de leur première mammographie de DO mais en ont bien fait une (les items suivants ont bien été complétés).

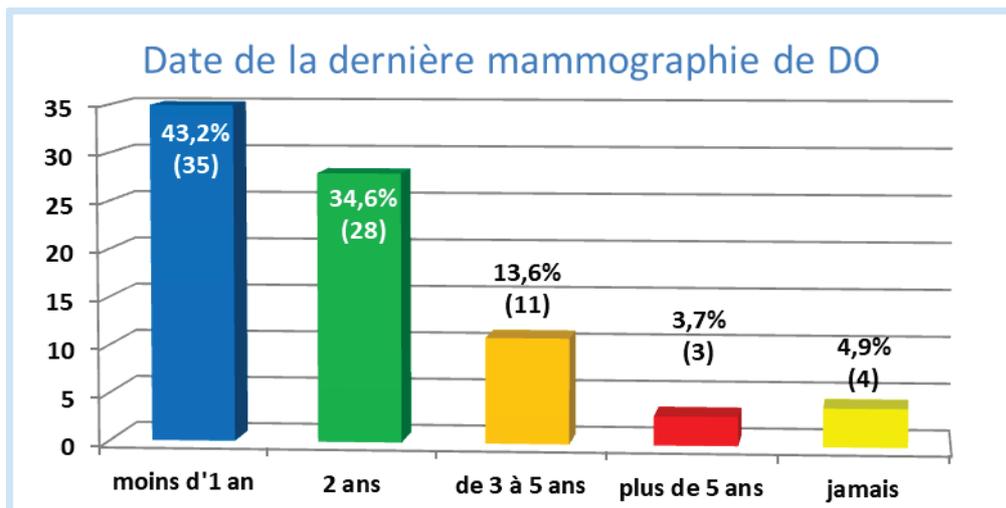


Figure 18: A partir de 50 ans, date de réalisation de la dernière mammographie de dépistage organisé.

La dernière mammographie réalisée chez les femmes de notre étude remonte à :

- Il y a moins d'un an pour 43,2% (35) d'entre elles ;
- Il y a 2 ans pour 34,6% (28) d'entre elles ;
- Entre 3 et 5 ans pour 13,6% (11) d'entre elles ;
- Plus de 5 ans pour 3,7% (3) d'entre elles ;
- Jamais pour 4,9% (4) d'entre elles.

Donc 77,8% (63) des femmes de notre étude concernées ont eu une mammographie de DO datant de 2 ans ou moins, comme préconisé par les recommandations actuelles de dépistage du cancer du sein.

22,2% (18) d'entre elles n'ont jamais fait de mammographie dans le cadre du DO ou alors la dernière remonte à 3 ans ou plus.

La figure suivante illustre les raisons pour lesquelles les femmes n'ont jamais eu de mammographie de DO ou si leur dernière fois remonte à il y a plus de 2 ans :

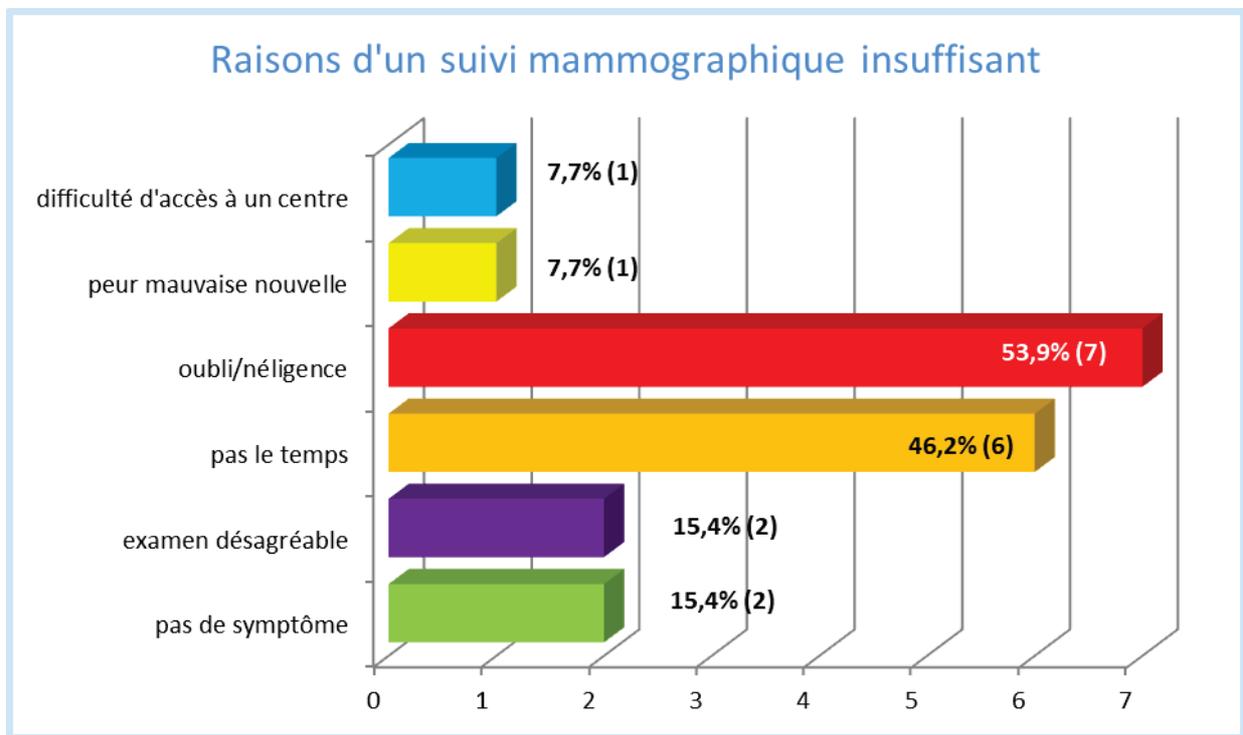


Figure 19: Raisons évoquées par les 13 femmes qui n'ont jamais eu de mammographie de DO ou si leur dernière remonte à il y a plus de 2 ans⁴. 5 NC.

En définitive, les raisons principales au suivi insuffisant étaient l'oubli ou la négligence et le manque de temps. Aucune femme n'a répondu que c'était du fait de l'inutilité de cet examen ou par gêne (pudeur).

⁴ Les résultats exprimés en pourcentage ont été calculés sur la base d'une population de 13 femmes (18-5 NC). Le total des résultats exprimé en pourcentage dépasse 100 car plusieurs réponses pouvaient être sélectionnées à la fois par les médecins.

4. ANALYSE CROISEE

4.1. Santé des médecins en général

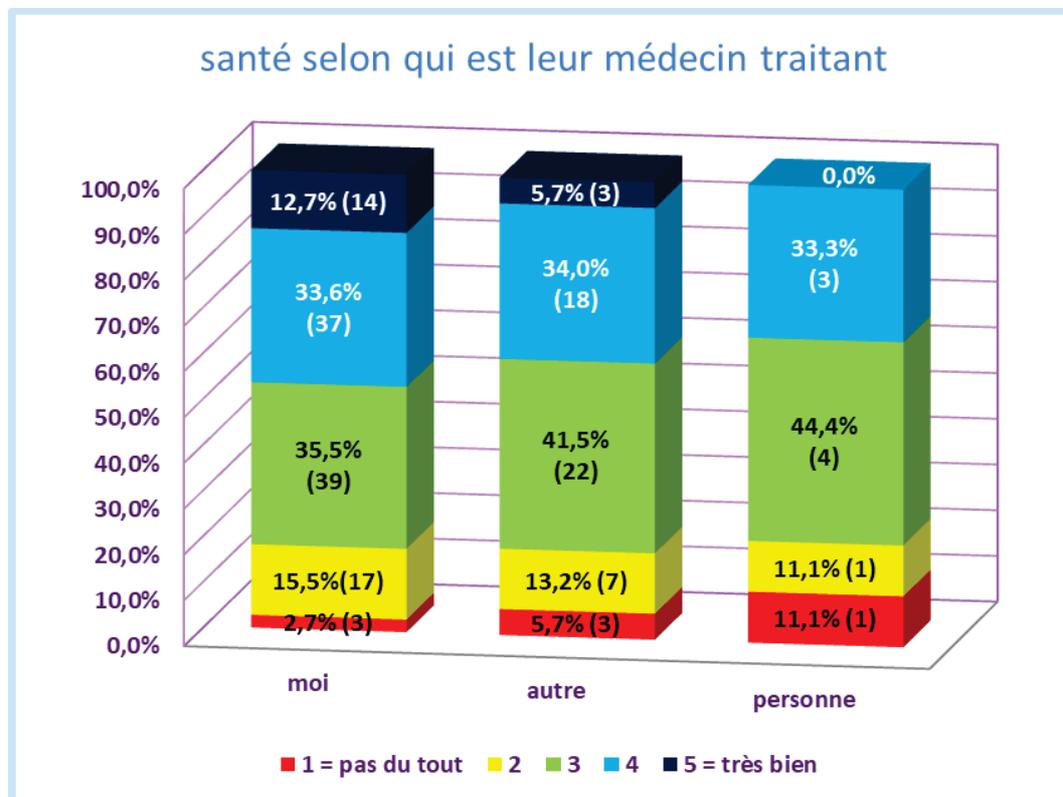


Figure 20: Prise en charge globale de la santé des médecins en fonction de qui elles ont déclaré comme médecin traitant. Légende : Moi= elles se sont déclarées elles-mêmes, autre= elles ont déclaré un confrère, personne= pas de médecin traitant déclaré. Réponses à la question « Globalement, pensez-vous prendre en charge correctement votre santé ? » : de 1= pas du tout à 5= très bien.

La majorité des médecins ayant déclaré un médecin traitant se sont déclarées elles-mêmes, à 67,7% (111).

On constate que les résultats obtenus pour chaque catégorie sont sensiblement proportionnels quel que soit le médecin traitant qui a été déclaré.

Elles sont 18,2% (20) à estimer avoir une très mauvaise/mauvaise prise en charge de leur santé parmi celles étant leur propre médecin traitant, contre 18,9% (10) parmi celles ayant déclaré un autre confrère et 22,2% (2) parmi celles n'ayant déclaré personne.

C'est dans la catégorie de celles qui se sont déclarées comme étant leur propre médecin traitant qu'on retrouve les meilleurs résultats avec 46,3% (51) des femmes qui estiment avoir une très bonne/bonne prise en charge de leur santé, suivie de près par celles ayant déclaré un autre confrère avec 39,7% (21). Notons que personne n'a déclaré être très bien suivi (catégorie 5) parmi celles qui n'ont aucun médecin traitant déclaré, dans cette catégorie nous avons juste un « bon suivi » avec un taux de 33,3% (3).

Toutes catégories confondues, les femmes ont estimé dans la majorité des cas que la prise en charge de leur santé était moyenne : 35,5% (39) pour celles étant leur propre médecin traitant, 41,5% (22) pour celles ayant déclaré un autre confrère et 44,4% (4) pour celles n'ayant déclaré personne.

1 NC dans la catégorie « moi ».

4.2. Dépistage du cancer du col de l'utérus

4.2.1. *En fonction de leur pratique médicale*

4.2.1.1. *Fréquence des FCU en fonction de leur pratique de la gynécologie*

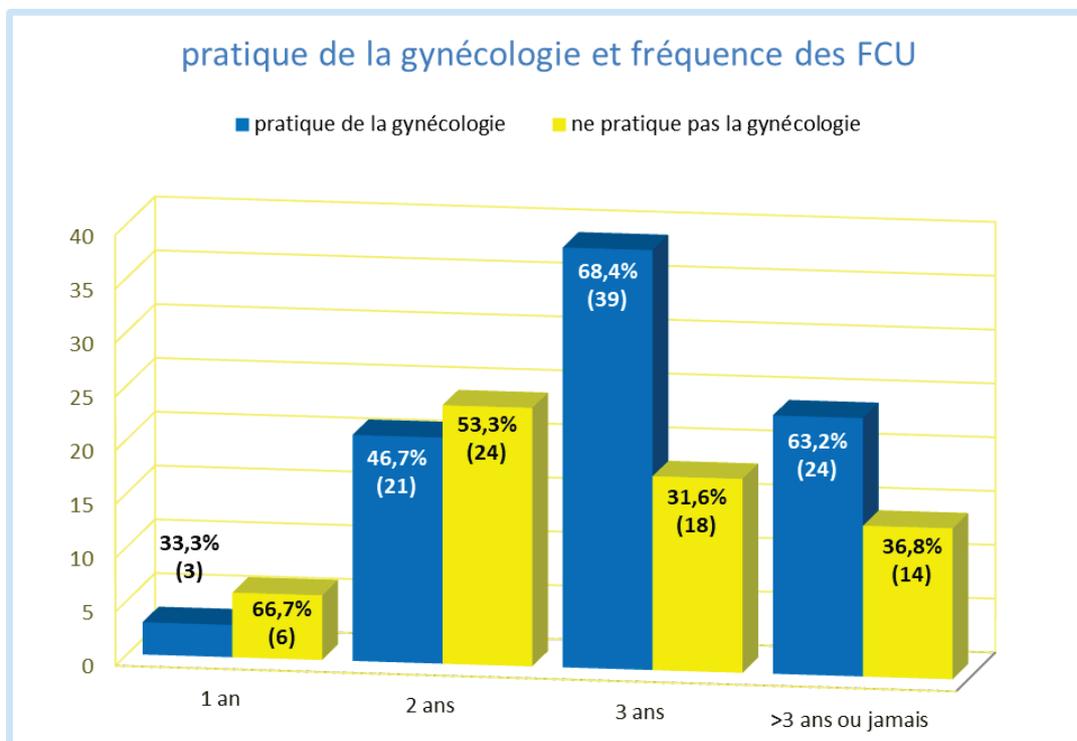


Figure 21: Fréquence des FCU de nos médecins n'ayant jamais eu de dysplasie/cancer en fonction de leur pratique ou non de la gynécologie dans le cadre de leur exercice.

Parmi les femmes qui réalisent un FCU de suivi tous les 3 ans comme recommandé actuellement, elles sont 68,4% (39) à pratiquer de la gynécologie dans le cadre de leur exercice contre 31,6% (18) à ne pas en pratiquer.

Par contre, parmi les femmes réalisant leur FCU tous les ans ou tous les deux ans, elles sont une majorité à ne pas pratiquer de gynécologie :

- 66,7% (6) des femmes ne pratiquent pas de gynécologie et 33,3% (3) en pratiquent chez celles qui réalisent leur FCU tous les ans,
- 53,3% (24) des femmes ne pratiquent pas de gynécologie et 46,7% (21) en pratiquent chez celles qui réalisent leur FCU tous les 2 ans.

Parmi les femmes qui réalisent leur FCU à une fréquence supérieure à tous les 3 ans ou n'ayant encore jamais réalisé, 63,2% (24) d'entre elles pratiquent de la gynécologie contre 36,8% (14) qui n'en pratiquent pas.

Il n'y a pas de lien significatif entre la pratique de la gynécologie et la fréquence de réalisation des FCU ($p=0,056$ selon le test de Fisher).

5 NC (2 parmi celles pratiquant la gynécologie, 3 parmi celles n'en pratiquant pas.)

4.2.1.2. Comparaison entre leur comportement personnel et leurs pratiques professionnelles à propos de la fréquence déclarée de réalisation des FCU

comparaison pratiques professionnelles/comportement personnel	1 an	2 ans	3 ans	>3 ans ou jamais
FCU patientes tous les ans	1	0	0	0
FCU patientes tous les 2 ans	0	13	9	10
FCU patientes tous les 3 ans	0	6	23	12
FCU patientes > 3 ans	0	0	1	1

Figure 22: Comparaison entre les pratiques professionnelles (déclaration de la fréquence des FCU qu'elles réalisent à leurs patientes) et leurs comportements personnels de dépistage (la fréquence de réalisation de leurs propres FCU). Résultats communiqués en valeurs absolues dans ce cas.

Chez les médecins pratiquant la gynécologie et réalisant des FCU, nous avons voulu comparer la fréquence de réalisation de leur propre FCU à la fréquence à laquelle elles déclarent réaliser les FCU de leurs patientes.

Dans notre étude, nous obtenons les résultats suivants :

- L'unique médecin pratiquant un FCU tous les ans à ses patientes en fait de même pour elle-même,
- Parmi celles réalisant un FCU tous les 2 ans à leurs patientes, elles sont une majorité (13) à réaliser un FCU tous les 2 ans pour elles-mêmes, 9 en réalisent tous les 3 ans et 10 à une fréquence supérieure à 3 ans ou jamais pour elles-mêmes.
- Parmi celles réalisant un FCU tous les 3 ans à leurs patientes, elles sont encore une majorité (23) à réaliser également un FCU tous les 3 ans pour elles-mêmes. 6 en réalisent tous les 2 ans et 12 à une fréquence supérieure à tous les 3 ans ou jamais.

2 NC.

4.2.2. En fonction de leurs antécédents

Antécédents et fréquence FCU	1 an	2 ans	3 ans	> 3 ans ou jamais
dysplasie ou cancer	26,3%	36,8%	15,8%	21,1%
pas d'antécédent	6,0%	30,2%	38,3%	25,5%

Figure 23: Fréquence de réalisation de leur FCU en fonction de leurs antécédents.

Rappelons que 19 femmes de notre étude ont déclaré avoir un antécédent de dysplasie ou de cancer du col. Parmi elles, elles sont plus nombreuses à 36,8% (7) à pratiquer un FCU tous les 2 ans, puis 26,3% (5) en font un tous les ans. On constate que 21,1% (4) en font un au-delà de tous les 3 ans et 15,8% (3) tous les 3 ans.

Parmi les femmes n'ayant pas déclaré d'antécédents, elles sont plus nombreuses à faire leur FCU tous les 3 ans : 38,3% (57), suivies de près par celles qui en font un tous les 2 ans : 30,2% (45). Elles sont 25,5% (38) à en faire un au-delà de tous les 3 ans ou n'en avoir jamais eu et plus que 6% (9) à en faire un tous les ans.

Il y a une différence significative entre les antécédents et la fréquence de réalisation de leurs FCU ($p= 0,018$ selon le test de Fisher).

5 NC dans la catégorie « pas d'antécédent ».

4.2.3. En fonction de leur santé dans sa globalité

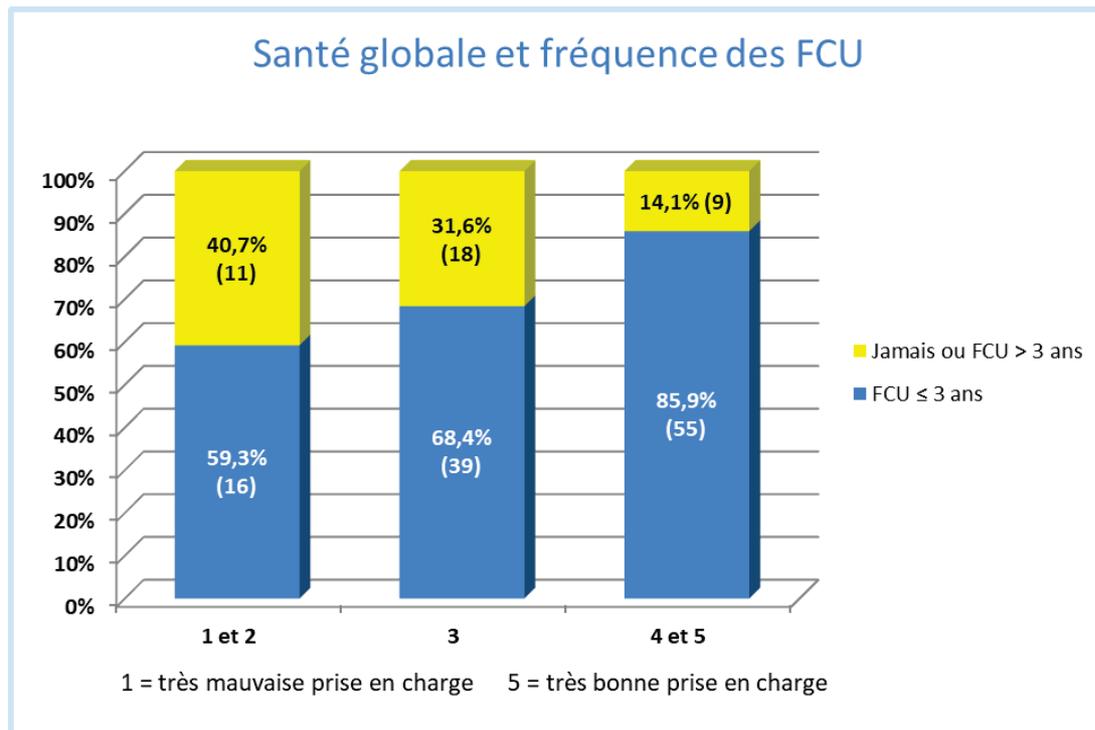


Figure 24: Fréquence de réalisation de leur FCU en fonction de l'estimation de la prise en charge globale de leur santé.

Parmi les femmes estimant avoir une très mauvaise/mauvaise prise en charge (1 et 2):

- elles sont 40,7% (11) à faire leur FCU au-delà de tous les 3 ans,
- 59,3% (16) d'entre elles réalisent leur FCU tous les 3 ans ou moins.

A partir de la catégorie 3 et au-delà (prise en charge moyenne à très bonne), elles sont une majorité à réaliser leur FCU tous les 3 ans ou moins :

- 68,4% (39) pour la catégorie 3,
- 85,9 % (55) en catégorie 4-5.

Il existe une différence statistiquement significative entre l'estimation de la prise en charge globale de leur santé et la fréquence de réalisation de leur FCU ($p=0,012$ selon le test du χ^2).

6 NC.

4.3. Dépistage du cancer du sein

4.3.1. En fonction de leur pratique médicale

4.3.1.1. Fréquence de leur palpation mammaire en fonction de leur pratique de la gynécologie

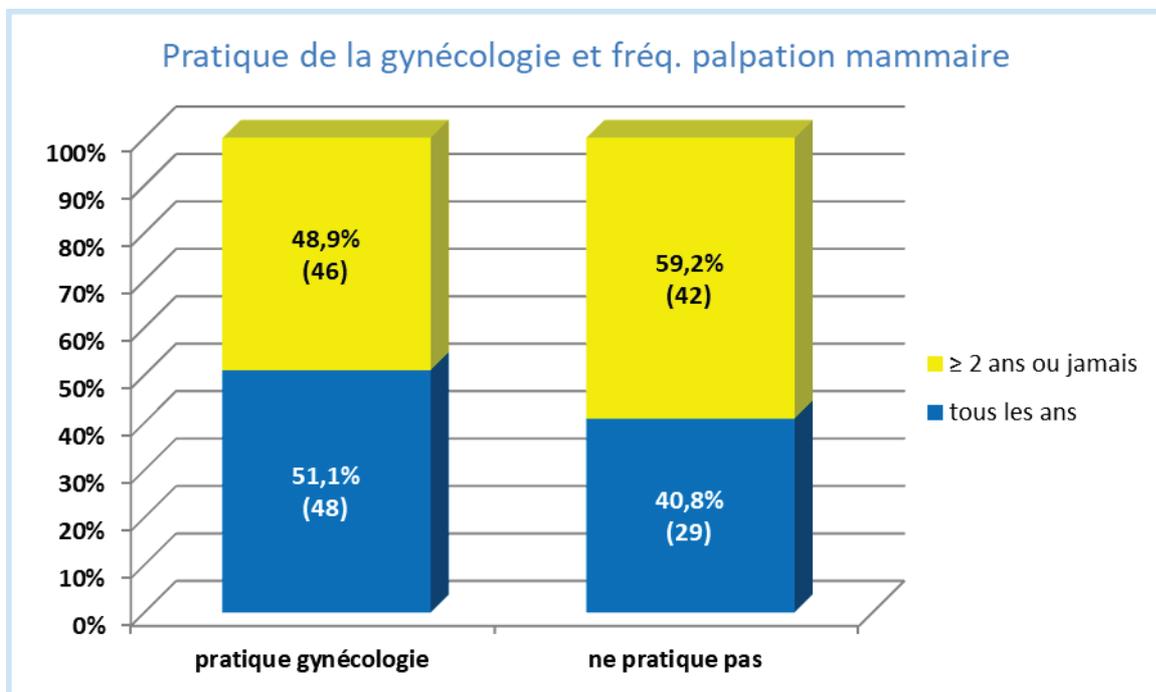


Figure 25: pratique de la gynécologie et fréquence de la palpation mammaire. Les 3 femmes ayant déclaré ne jamais avoir eu de palpation mammaire font partie des médecins qui pratiquent la gynécologie.

Parmi les femmes pratiquant la gynécologie, elles sont 51,1% (48) à avoir une palpation mammaire annuelle contre 40,8% (29) chez celles qui n'en pratiquent pas.

Elles sont 48,9% (46) à n'avoir jamais eu une palpation mammaire ou tous les 2 ans ou plus parmi les femmes pratiquant la gynécologie.

Parmi les femmes ne pratiquant pas de gynécologie, elles sont 59,2% (42) à avoir une palpation mammaire tous les 2 ans ou plus.

Il n'y a pas de lien significatif entre la pratique de la gynécologie et la fréquence de la palpation mammaire ($p=0,19$ selon le test du χ^2).

4 NC.

4.3.1.2. Date de leur dernière mammographie en fonction de la pratique de la gynécologie

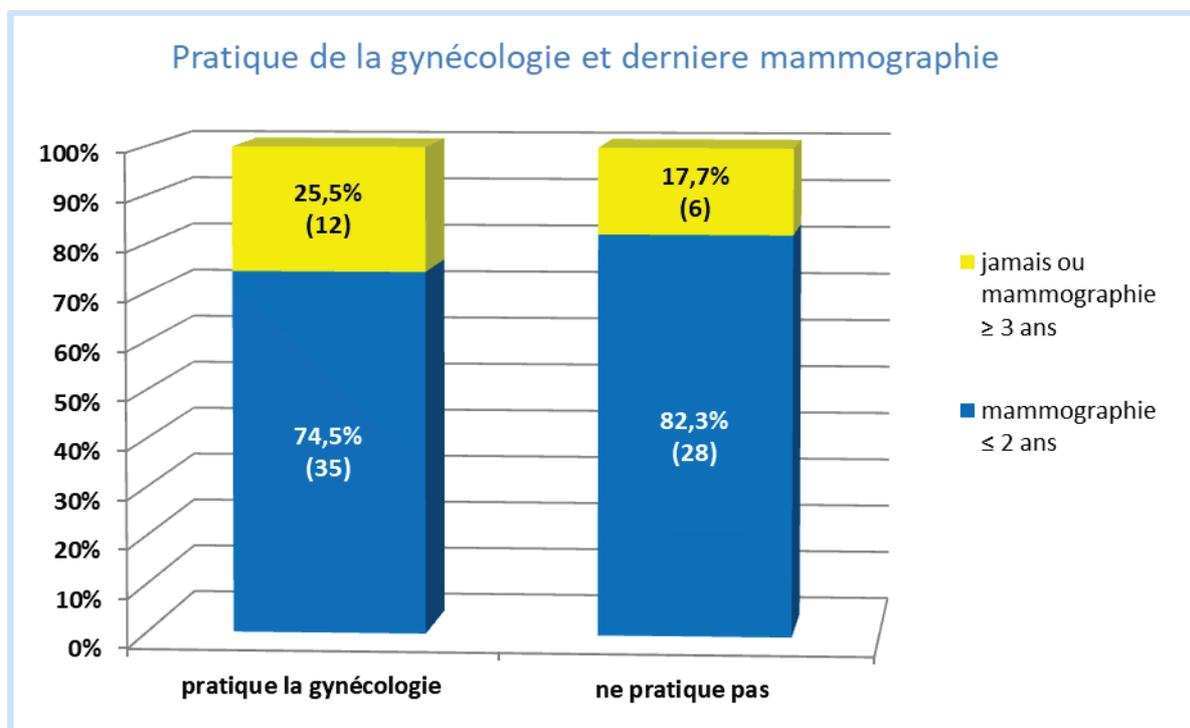


Figure 26: A partir de 50 ans : date de la dernière mammographie de DO en fonction de leur pratique de la gynécologie. Les femmes n'ayant jamais eu de mammographie de DO étaient 4 en tout : 2 dans chaque colonne.

A partir de l'âge de 50 ans, en ce qui concerne les femmes dont la dernière mammographie de DO date de 2 ans ou moins :

- Elles sont 74,5% (35) à pratiquer de la gynécologie dans le cadre de leur exercice,
- 82,3% (28) à ne pas en pratiquer.

Parmi les femmes dont la mammographie de DO remonte à 3 ans ou plus ou qui n'en ont encore jamais eu :

- Elles sont 25,5% (12) à pratiquer de la gynécologie,
- 17,7% (6) à ne pas en pratiquer.

Il n'y a pas de lien significatif entre la pratique de la gynécologie et la date de leur dernière mammographie ($p=0,39$ selon le test du χ^2).

4.3.2. En fonction de leur santé dans sa globalité

4.3.2.1. Fréquence de la palpation mammaire en fonction de la prise en charge globale de leur santé

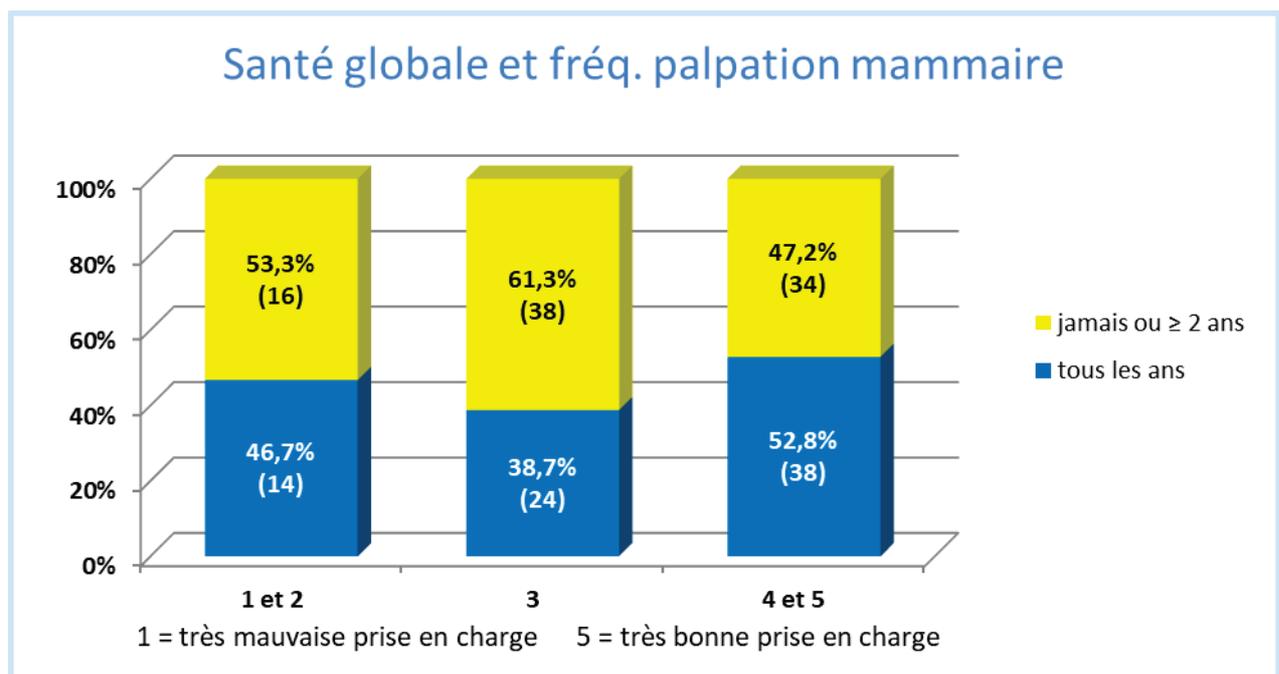


Figure 27: Fréquence de la palpation mammaire en fonction de l'estimation de la prise en charge globale de leur santé. Les 3 femmes n'ayant jamais eu de palpation mammaire se situent en colonne « 1 et 2 » et plus précisément en catégorie 2.

Parmi les femmes estimant avoir une très mauvaise/mauvaise prise en charge (1 et 2):

- Elles sont 46,7% (14) à avoir une palpation mammaire annuelle ;
- 53,3% (16) ont une palpation mammaire tous les 2 ans ou plus ou n'en ont jamais eu.

Dans les catégories 3, 4 et 5 (prise en charge moyenne à très bonne de leur santé) :

- Elles sont respectivement 38,7% (24) et 52,8% (38) à avoir une palpation mammaire annuelle,
- Et respectivement 61,3 % (38) et 47,2% (34) à avoir une palpation mammaire tous les 2 ans ou plus.

Il n'y a pas de lien significatif entre la fréquence de la palpation mammaire et l'estimation de la prise en charge globale de leur santé ($p=0,26$ selon le test du Chi²).

5 NC.

4.3.2.2. Date de leur dernière mammographie de DO en fonction de la prise en charge globale de leur santé

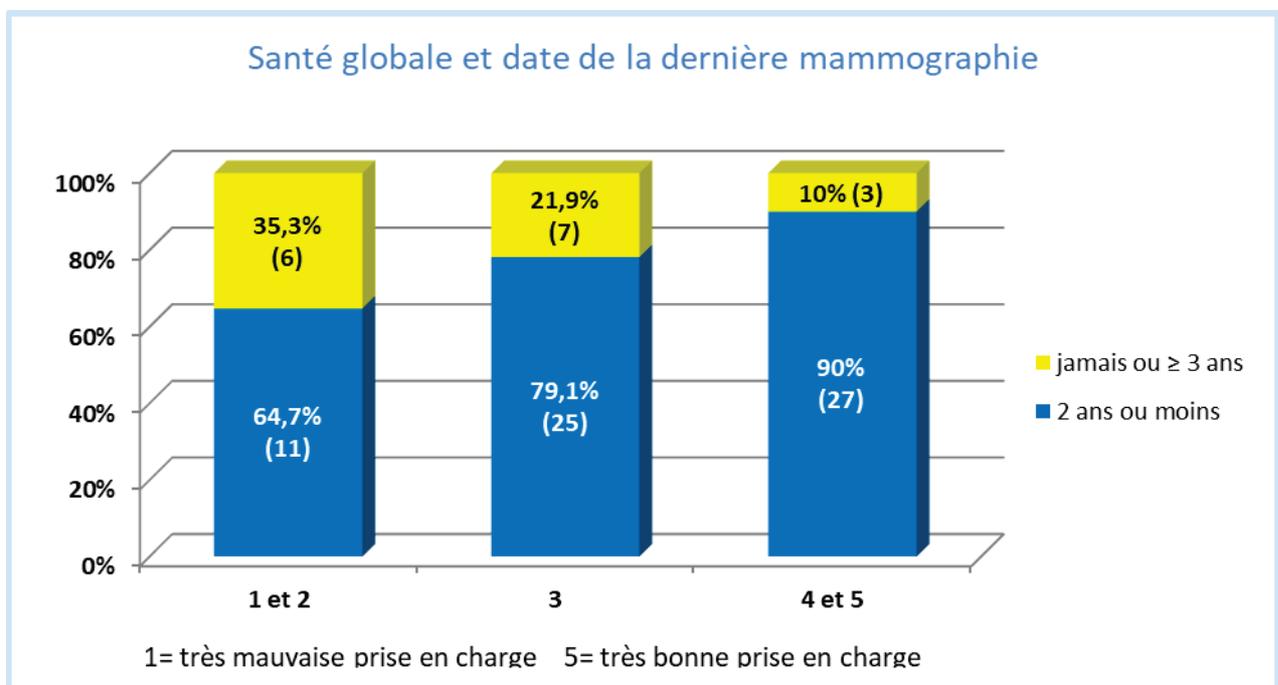


Figure 28: date de la dernière mammographie en fonction de la prise en charge globale de leur santé. Les femmes n'ayant jamais fait de mammographie de DO sont 4 : 2 en catégorie « 1ou2 » et 2 en catégorie « 3 ».

A partir de 50 ans, les femmes dont la dernière mammographie DO remonte à 2 ans ou moins représentent :

- 64,7% (11) de celles qui estiment avoir une très mauvaise/mauvaise prise en charge de leur santé (catégories 1 et 2) ;
- 79,1% (25) de celles qui estiment avoir une prise en charge moyenne de leur santé (catégorie 3) ;
- 90% (27) de celles qui estiment avoir une prise en charge bonne à très bonne de leur santé en globalité (catégories 4 et 5).

A l'inverse, celles qui n'ont jamais eu de mammographie de DO ou dont la dernière remonte à 3 ans ou plus représentent :

- 35,3% (6) de celles qui estiment avoir une très mauvaise/mauvaise prise en charge de leur santé en globalité ;
- 21,9% (7) de celles qui estiment avoir une prise en charge moyenne de leur santé en globalité ;
- 10% (3) de celles qui estiment avoir une prise en charge bonne à très bonne de leur santé dans sa globalité.

Il n'y a pas de lien significatif entre la date de leur dernière mammographie et l'estimation de la prise en charge globale de leur santé ($p=0,11$ selon le test de Fisher).

4.4. Dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein

comparaison entre la fréquence des FCU et celle de la palpation des seins	palp. sein annuelle	jamais de palp. ou \geq 2ans
FCU \leq 3 ans	40,5% (60)	34,5% (51)
jamais de FCU ou $>$ 3 ans	6,1% (9)	18,9% (28)

Figure 29: Comparaison entre la fréquence de réalisation des FCU et la fréquence de la palpation mammaire.

40,5% (60) des femmes de notre étude réalisent un FCU tous les 3 ans ou moins ainsi qu'une palpation des seins annuelle.

34,5% (51) réalisent bien leur FCU tous les 3 ans ou moins mais n'ont pas recours à une palpation mammaire annuelle.

6,1% (9) bénéficient d'une palpation mammaire annuelle mais n'ont jamais eu de FCU ou à une fréquence supérieure à tous les 3 ans.

Enfin, 18,9% (28) d'entre elles sont totalement en dehors des recommandations actuelles avec jamais de FCU ou au-delà de tous les 3 ans et jamais de palpation mammaire ou au-delà de tous les ans.

Il existe un lien significatif entre la pratique de la palpation annuelle des seins et la réalisation d'un FCU à une fréquence inférieure ou égale à tous les 3 ans ($p=0,016$ selon le test du χ^2).

7 NC.

V. DISCUSSION

1. FORCES DE NOTRE ETUDE

1.1. Taux de participation

Sur 265 questionnaires envoyés, 184 courriers nous sont parvenus en retour et 173 d'entre eux ont pu être analysés, ce qui représente un taux de participation de 65,3%. Nous avons décidé de faire parvenir le questionnaire aux médecins par voie postale avec une enveloppe retour libellée et pré-timbrée en espérant justement une participation plus importante que si nous avions utilisé un formulaire web envoyé par mail. Nous avons pensé que les médecins, qui sont déjà très sollicités, seraient peut-être plus tentés de répondre à un questionnaire sous cette forme qu'à un simple mail, qui peut paraître plus impersonnel.

Par ailleurs, bien que le questionnaire ait été anonyme à la base, 103 femmes soit 59,5% d'entre elles ont accepté de nous communiquer leurs coordonnées en fin de questionnaire afin d'être recontactées et pour obtenir les résultats de notre étude. Cela démontre un certain intérêt pour le thème étudié.

1.2. Représentativité de l'échantillon

61,8 % (107) des femmes de notre étude exercent dans le département des Hautes-Alpes et 38,2% (66) des femmes de notre étude exercent dans le département des Alpes-de-Haute-Provence. Dans l'annuaire disponible sur le site du CNOM on recense, en 2018, 105 installées dans le département des Alpes-de-Haute-Provence et 157 dans celui des Hautes-Alpes. (47) Les taux de participation par département sont donc assez représentatifs de la population étudiée, il n'y a pas de sur-représentation d'un département par rapport à l'autre.

1.3. Exclusion des femmes ayant des antécédents

Afin d'éviter des biais de réponses liées aux antécédents de dysplasie ou cancer du col utérin ou du sein (examens qui pourraient être plus rapprochés que la normale), nous avons exclu les réponses des femmes nous ayant signalé des antécédents à ce niveau pour la partie concernée.

1.3.1. Cancer du col utérin

En ce qui concerne la question « avez-vous-déjà été atteinte d'une dysplasie ou d'un cancer du col de l'utérus », nous n'avons pas fait de distinction entre les deux. N'ayant pas fait préciser l'âge de diagnostic du cancer ni le stade de la dysplasie nous avons considéré que ces femmes relevaient à présent d'un suivi individuel personnalisé et avons exclu toutes leurs réponses en ce qui concerne le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Elles étaient un total de 19 femmes. Les seules questions pour lesquelles nous avons comptabilisé leurs réponses sont : « dans quelle tranche d'âge avez-vous réalisé votre 1^{er} frottis » (puisque'il faut bien commencer un jour !) et « par qui les faites-vous réaliser » (puisque nous avons estimé que n'importe quel professionnel formé pouvait réaliser un FCU de dépistage ou de suivi individuel, cette question étant juste là à titre d'information).

Par ailleurs, nous n'avons finalement pas exploité les résultats de la question « pensez-vous que cela (dysplasie ou cancer du col) a eu un impact sur votre suivi gynécologique ? » puisque ces femmes ne sont plus directement concernées par le dépistage organisé, et que cela nous éloignait donc du thème principal de notre étude.

1.3.2. Cancer du sein

4 femmes nous ont déclaré avoir été atteintes d'un cancer du sein dont 1 qui était porteuse d'une mutation BRCA1 ou 2. Au même titre que pour les cancers du col/dysplasie, nous avons exclu leurs réponses pour l'analyse de cette partie du questionnaire.

2. LIMITES DE NOTRE ETUDE

2.1. Biais de sélection de la population

Nous avons choisi d'inclure toutes les femmes médecins exerçant dans les Hautes-Alpes et Alpes-de-Haute-Provence ayant un DES de médecine générale, quel que soit leur mode d'activité (libérale, salariée, mixte, mode d'exercice particulier etc...), sauf les remplaçantes. Les remplaçantes sont généralement plus jeunes (23), et peut-être bénéficient-elles d'un meilleur suivi que leurs aînées. Leur inclusion aurait dès lors pu modifier nos résultats, surtout dans la classe d'âge des moins de 30 ans et 30-39 ans. L'annuaire des médecins du

site du CNOM recense 12 remplaçantes dans les Hautes-Alpes et 8 dans celui des Alpes-de-Haute-Provence en 2018 (47). Lors de notre recensement en 2017 elles étaient 7 remplaçantes dans les Alpes-de-Haute-Provence et 17 dans les Hautes-Alpes.

Enfin, nous avons choisi d'exclure de notre étude les femmes âgées de plus de 65 ans même si le dépistage du cancer du sein concerne les femmes âgées de 50 à 74 ans. Nous avons estimé que nous aurions probablement peu de réponses de femmes de plus de 65 ans du fait des départs en retraite. Ce qui a été le cas puisque nous n'avons obtenu que 4 réponses pour cette tranche d'âge. Peut-être aurions-nous dû d'ailleurs préciser en introduction de notre questionnaire l'âge limite de participation afin de ne pas les faire participer inutilement.

2.2. Représentativité de l'échantillon

L'âge moyen des médecins ayant répondu à notre étude est de 47,8 ans. Selon l'Atlas de démographie médicale en région PACA du CNOM paru en 2013, les femmes médecins généralistes de cette région sont âgées de 50 ans en moyenne, donc les médecins de notre étude sont un peu plus jeunes. (48)

Dans notre étude **45,1 % des femmes exercent en libéral (78), 44,5% en salariat (77) et 10,4% ont une activité mixte (18)**. En France, en 2017, tous sexes confondus, les médecins généralistes exerçaient une activité libérale pour 56,3% d'entre eux, une activité salariée pour 37% et ils étaient 6,6% à avoir une activité mixte.(23) On remarque que les femmes de notre étude sont en moyenne moins nombreuses à exercer en libéral que sur l'ensemble du territoire national, mais mieux représentées en ce qui concerne le salariat et le mode d'exercice mixte. Cela peut s'expliquer par le fait que les femmes sont plus nombreuses à privilégier le salariat que les hommes. (49)

Les résultats obtenus dans notre population d'étude ne sont pas extrapolables au reste des femmes médecins en France.

2.3. Biais typiques des études rétrospectives sur les comportements de prévention

Une étude sur des comportements de prévention engendre plusieurs biais. Le biais de sur-déclaration est difficilement quantifiable, il consiste à décrire de meilleures pratiques qu'en réalité. Il est dû à une difficulté à se remémorer les dates exactes ainsi que parfois à une volonté, souvent inconsciente, de « bien faire » et de « bien se comporter ».

Un deuxième biais tient au fait que les personnes les plus enclines à répondre à un sujet sont souvent celles qui adoptent les meilleurs comportements. Il est plus difficile d'atteindre la population qui néglige sa santé : les femmes n'ayant pas répondu à notre questionnaire font-elles majoritairement partie de cette population ?

2.4. Courriers renvoyés

Sur les 265 courriers envoyés aux médecins, 184 nous sont parvenus en retour et 173 d'entre eux ont pu être exploités. 4 d'entre eux dûment complétés ont été exclus car les femmes avaient plus de 65 ans. Mais 8 autres n'ont pas pu être étudiés pour les raisons suivantes :

- 2 plis « destinataire inconnu à l'adresse » (1 dans le 04 et 1 dans le 05) ;
- 2 plis « refusés par le destinataire » (1 dans le 04 et 1 dans le 05) ;
- 1 retour « je ne suis pas généraliste mais angiologue » avec questionnaire renvoyé non rempli ;
- 1 retour « il y a erreur, je suis psychiatre » ;
- 1 retour renvoyé totalement vide sans raison évoquée.

Mis à part l'erreur d'annuaire (la psychiatre) et les destinataires inconnus à l'adresse indiquée (peut-être s'agissait-il de départs à la retraite ?), ces plis refusés ou sans réponse peuvent questionner. L'intitulé de notre étude était-il suffisamment clair ? Ces femmes ne se sentaient-elles pas concernées par la problématique de notre étude ?

Par ailleurs sur les 173 réponses exploitables, notons que 41 questionnaires étaient incomplets (oublis de réponses pour 1 ou plusieurs items). Du fait de l'anonymat du questionnaire, il nous a été impossible de relancer la totalité des femmes ayant répondu

afin de compléter au mieux nos données. Mais nous avons tout de même pu le faire auprès de 23 d'entre elles qui avaient laissé leurs coordonnées en fin de questionnaire.

2.5. Réponses manquantes

Nous avons choisi de collecter nos données à l'aide d'un auto-questionnaire papier anonyme à questions majoritairement fermées, en laissant la possibilité aux femmes de noter une réponse libre si elles ne trouvaient pas de proposition satisfaisante. Nous avons cherché à présenter un questionnaire concis et compréhensible, et ainsi rapide à compléter. Nous l'avons fait relire et corriger par plusieurs personnes. Malgré ces précautions, certaines questions ont paru poser problème (plusieurs valeurs manquantes ou réponses inattendues qui nous ont gênées pour l'analyse). Le recueil et l'analyse des données ont été réalisés par une seule personne afin de limiter les divergences.

2.5.1. *Chapitre « mieux vous connaître »*

2 personnes n'ont pas répondu à la question portant sur leur milieu d'exercice (urbain, semi rural ou rural). Nous avons pourtant anticipé les difficultés à répondre en précisant à côté de la proposition la définition de ces milieux en fonction du nombre d'habitants par commune.

2.5.2. *Chapitre « votre pratique de la gynécologie »*

4 femmes ont indiqué qu'elles ne pratiquaient pas de gynécologie dans le cadre de leur exercice quotidien. Elles ont tout de même répondu à certaines questions de ce chapitre malgré l'indication qui leur était donnée de ne pas compléter cette partie si leur réponse était « non ». Nous n'avons pas inclus leurs réponses à ce chapitre dans l'analyse.

2.5.3. *Chapitre suivi personnel « concernant le cancer du col de l'utérus »*

5 réponses étaient manquantes pour la question concernant la fréquence de réalisation des FCU.

Une seule femme qui ne réalisait pas son frottis dans les temps recommandés n'a pas répondu à la question « si non, ou si la dernière fois remonte à plus de 3 ans, pourquoi ? ».

Etait-ce dû à une présentation insuffisamment claire de notre questionnaire ? A-t-elle tout simplement oublié ou refusé de répondre ? A cette question, la majorité évoquait un manque de temps ou un oubli/négligence. Personne n'a indiqué que la raison d'un suivi insuffisant était une difficulté d'accès à un professionnel ou à une structure de santé dans sa ville, comme nous aurions pu le croire du fait du caractère isolé de certaines communes de nos départements d'étude. Une seule nous a précisé que son gynécologue habituel exerçait sur Marseille et non dans la ville où elle résidait.

Nous avons observé beaucoup de non-réponses à la question « La mise en place d'un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus vous aiderait-elle à réaliser votre frottis » ? (24 valeurs manquantes). Les femmes ont-elles tout simplement oublié d'y répondre ? N'ont-elles pas vu la question ? Ou bien n'avaient-elles pas d'avis tranché à ce sujet ? Nous aurions dû rajouter la possibilité d'une réponse « sans avis/je ne sais pas » afin d'éclaircir ce point. Un questionnaire Web type Google Forms aurait permis de limiter le nombre de non-réponses en obligeant les participantes à cocher une case avant de pouvoir passer à l'étape suivante.

2.5.4. Chapitre suivi personnel « concernant le cancer du sein »

13 médecins ne nous ont pas dit pourquoi leur dernière palpation mammaire remontait à plus d'un an. Encore une fois, est-ce le fait d'une présentation inadéquate de notre questionnaire qui aurait favorisé les omissions ? Les femmes ont-elles trouvé cette question redondante avec celle posée pour les FCU ?

En ce qui concerne les mammographies de dépistage obligatoire à partir de 50 ans, 3 femmes ont précisé clairement (de manière manuscrite) qu'elles ne se rappelaient plus de l'âge auquel elles avaient réalisé leur 1ere mammographie. 8 autres femmes n'ont pas précisé non plus l'âge de leur 1ere mammographie de DO mais ont répondu aux questions suivantes. Nous avons donc considéré qu'elles avaient bien participé au moins une fois au dépistage, mais supposé qu'elles aussi ne se rappelaient plus de leur âge lors de la 1ere fois et ont donc préféré ne rien noter plutôt qu'écrire une réponse fausse (biais de mémorisation).

Les femmes n'ayant encore jamais fait de mammographie de DO ou dont la dernière remonte à il y a plus de 2 ans ont déclaré là encore en majorité que c'était par oubli/négligence ou par manque de temps. 5 d'entre elles n'ont pas répondu à cette question, et nous pouvons là encore nous demander si nous aurions dû optimiser la présentation de notre questionnaire afin de limiter les réponses manquantes.

En ce qui concerne la fréquence de palpation mammaire : 53,3 % (88) des femmes n'ont jamais eu une palpation, ou alors tous les 2 ans ou plus, et 46,7% (77) en ont eu une tous les ans généralement. 4 réponses manquaient à cette question.

2.6. Analyse des réponses et pistes de réflexion

2.6.1. Déclaration d'un médecin traitant

67,7% (111) des femmes de notre étude se sont déclarées comme étant leur propre médecin traitant. Dans notre étude, nous remarquons que les femmes âgées de moins de 30 ans ont préféré déclarer un autre confrère comme médecin traitant, à 57,1% (4). La proportion de femmes s'étant auto-déclaré va croissante à mesure que nous allons vers des tranches d'âge plus avancées. Ainsi nous pouvons supposer que les jeunes générations de femmes médecins hésitent moins à confier le suivi de leur santé à une autre personne.

2.6.2. Incitation au dépistage du cancer du sein de leurs patientes

Notons que 2 médecins pratiquant de la gynécologie ont indiqué qu'elles n'incitaient pas leurs patientes à participer au dépistage organisé du cancer du sein. Nous avons envisagé deux explications : soit elles avaient compris la question avec le sens « pensez-vous à inciter vos patientes à bien participer au dépistage ? » et répondu par la négative car elles oublièrent de le faire, au même titre qu'oublier de palper leur seins par exemple. Soit elles n'étaient pas favorables à ce dépistage du fait de la polémique sans cesse renouvelée à ce propos. Selon certaines études la mammographie permet de découvrir des cancers du sein de petite taille même s'il n'est pas clairement démontré que cela améliore la survie des femmes, et elle sur-diagnostique beaucoup de petites anomalies dont il n'est pas certain

qu'elles auraient évolué en cancer. (50) Malgré cela, la HAS rappelle que le rapport bénéfique/risque reste en faveur du dépistage organisé. (43)

2.6.3. Habitudes professionnelles et comportement personnel de dépistage

Nous avons constaté dans notre étude que 51,8% (44) des médecins qui pratiquent des FCU déclarent réaliser le premier FCU de leur patientes avant l'âge recommandé de 25 ans. L'analyse croisée dans notre étude entre les tranches d'âge des médecins et leurs habitudes professionnelles a permis de retrouver qu'à partir de la tranche d'âge de 40-49 ans et au-delà, plus de la moitié des médecins réalisent le premier FCU de leurs patientes avant l'âge de 25 ans indiqué par les recommandations actuelles. Dans les tranches de moins de 30 ans et de 30 à 39 ans, les médecins réalisent majoritairement le 1^{er} FCU de leurs patientes à partir de 25 ans. Cela peut s'expliquer par le fait que les recommandations actuelles de dépistage de ce cancer ne sont pas si anciennes. En effet, avant le début des années 2000 et dans le courant des années 90, les premières conférences et recommandations à ce sujet préconisaient de commencer le dépistage dès l'âge de 20 ans ou dès les premiers rapports sexuels. Ce n'est que plus tard que l'âge de 25 ans a finalement été retenu officiellement pour débiter ce dépistage, en considérant que l'incidence et la mortalité des cancers du col étant très faible avant cet âge, débiter plus tôt serait trop onéreux pour un risque de décès quasi nul. (51) (52) Nous pouvons donc penser que les générations de médecins les plus âgées de notre étude pourraient pratiquer selon d'anciennes habitudes. Nous aurions pu rajouter une question à propos de leurs connaissances des nouvelles recommandations afin de pouvoir en tirer une conclusion plus fiable.

75,6% (130) des femmes de notre étude ont eu leur 1^{er} FCU avant l'âge de 25 ans. Cela tient sans doute aux anciennes recommandations précitées : il était courant dans les années 90 de débiter ce dépistage dès 20 ans. (51)

2.6.4. Cancer du col de l'utérus et activité sexuelle

Il aurait été intéressant de connaître l'activité sexuelle des médecins interrogés, ainsi que leurs derniers résultats des FCU afin de les corréliser aux recommandations. Mais la première question nous paraissait trop intime pour être posée dans un questionnaire postal. La deuxième question induisait beaucoup de recherches de la part des médecins interrogés,

(courriers des laboratoires d'anatomopathologie...) et rendait le questionnaire trop compliqué. Cela aurait probablement diminué la participation. C'est pourquoi, dans un souci de simplification, nous avons volontairement écarté ces deux questions.

2.6.5. Date de la dernière mammographie et fréquence

En ce qui concerne les mammographies de DO, nous avons uniquement demandé à quand remontait leur **dernière** mammographie et n'avons pas posé de question à propos de la fréquence de réalisation en général. Nous avons considéré que l'existence d'un programme national de dépistage organisé avec envois de courriers tous les 2 ans présentait un caractère structurant pour l'ensemble de la population, y compris celle des médecins, et conditionnait donc la fréquence de réalisation. A posteriori, nous pouvons nous poser la question de la réalité du suivi régulier de ce dépistage organisé même chez les médecins ! En effet **22,2% (18) des femmes de notre étude n'ont jamais fait de mammographie dans le cadre du DO ou alors la dernière remonte à 3 ans ou plus**. Cela atteste donc qu'un certain nombre d'entre elles ne répondent pas régulièrement aux invitations envoyées. **77,8% (63) des femmes de notre étude concernées ont une mammographie de DO datant de 2 ans ou moins, comme préconisé par les recommandations actuelles de dépistage du cancer du sein**. Cependant il faut garder à l'esprit que la date déclarée de la dernière mammographie de DO ne préjuge pas forcément d'une fréquence de réalisation régulière. Nous sommes peut-être tombés « au bon moment » lors de l'envoi de notre questionnaire pour un certain nombre d'entre elles ? Poser la question de la fréquence nous aurait peut-être également permis de mesurer si le rythme proposé par le DO semblait convenir aux médecins (nous aurions peut-être alors pu constater que certaines préfèrent rapprocher ou éloigner les dates des mammographies ?). De plus, cela nous aurait permis de réaliser des analyses croisées avec la fréquence de palpation des seins et de réalisation des FCU.

3. COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE

Afin de comparer nos résultats à ceux de la littérature, nous avons sélectionné plusieurs sources d'information à propos de la santé des médecins généralistes et de la population

générale. Pour cette analyse, nous nous sommes appuyés sur des études nationales et deux thèses de médecine générale.

➤ **Dans la population générale :**

L'enquête décennale de santé 2002-2003, réalisée par l'INSEE, est destinée à appréhender la consommation annuelle de soins et de prévention et la santé perçue de la population. Elle a été réalisée auprès de 26 071 personnes de plus de 18 ans. (53)

Le Baromètre cancer 2010, réalisé par l'INPES, a interrogé un échantillon représentatif de 3 727 personnes de la population générale, dont 2 124 femmes. Les questions portaient sur leurs connaissances et comportements concernant les cancers. Les résultats de 2010 et de la précédente édition de 2005 ont été comparés. (54)

➤ **Dans la population médicale :**

Le Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003, réalisé par l'INPES, a interrogé 2 057 médecins généralistes libéraux, dont 470 femmes. La pratique d'un mode d'exercice particulier était incluse. L'objectif était d'étudier les comportements personnels de santé des professionnels ainsi que leurs pratiques (addictions, dépistage, vaccinations...). (55)

L'enquête Santé physique et psychique des médecins généralistes a été réalisée par la DREES en 2008. Elle repose sur le panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, installé dans cinq régions (Basse-Normandie, Bretagne, Bourgogne, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire). 1 900 médecins généralistes ont été interrogés sur leurs conditions d'exercice et leur état de santé physique et psychique. (56)

La thèse du Dr Florence Tesson s'est déroulée dans les départements de Paris et de Seine-et-Marne, du 20 avril au 15 juin 2012. 133 femmes médecins généralistes tous modes d'exercice confondus ont répondu à un auto-questionnaire postal à propos de leurs propres dépistages des cancers du sein et du col de l'utérus. (20)

La thèse du Dr Nouger s'est déroulée en 2003-2004 dans la Vienne. 255 médecins libéraux, dont 108 femmes, ont été interrogés sur leur santé par un auto-questionnaire postal.(11)

3.1. Dépistage du cancer du col utérin

3.1.1. Dans la population générale

➤ Réalisation d'un frottis cervico-utérin

Selon le Baromètre cancer 2010, 94.9% des femmes de 25 à 65 ans ont déjà réalisé un FCU au cours de leur vie. Ce chiffre variait en fonction de l'âge, de l'activité professionnelle et du niveau d'étude, de l'existence d'une vie de couple, du suivi gynécologique, de l'apparition de la ménopause et de la réalisation de la mammographie. La tranche d'âge la plus surveillée était celle de 45-49 ans, les plus de 55 ans étaient moins dépistées. 80% des FCU avaient été prélevés par un gynécologue.(54)

Dans l'enquête de santé de l'INSEE, la réalisation du FCU est fonction du niveau d'étude et de l'âge des femmes. Celles de plus de 50 ans participent moins au dépistage. (53)

➤ Dernier frottis cervico-utérin

Etudes	Dernier FCU ≤ 3 ans en population générale
Baromètre cancer - 2010(54)	81,4 %
INSEE - 2006(53)	76,5 %

Tableau 1: date du dernier FCU en population générale.

3.1.2. Dans la population médicale

➤ Réalisation d'un frottis cervico-utérin

Dans la thèse du Dr Tesson, 98,5% des femmes ont déjà eu un FCU et 95.4% des prélèvements étaient effectués par un gynécologue .(20)

Dans la thèse du Dr Nouger, 100% des femmes ont déjà eu un FCU.(11)

Dans l'étude de la DREES, les jeunes femmes sont plus nombreuses à réaliser un FCU : 88% pour les 35-39 ans contre 66% pour les 60-64 ans. (56)

➤ **Dernier frottis cervico-utérin**

Un FCU avait été réalisé dans les 3 ans pour 79% à 88.6% des personnes interrogées.

Etudes	Dernier FCU ≤ 3 ans
Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003(55)	80,9%
DREES 2010(56)	79%
Dr Nouger 2004(11)	88,6%
Dr Tesson 2013(20)	86,3%

Tableau 2: Dernier FCU chez les médecins

➤ **Fréquence des frottis cervico-utérins**

Dans la thèse du Dr Granjon Lydie en 2013 25% des femmes réalisaient leur FCU tous les 3 ans, 36% tous les 2 ans et 16,7% tous les ans.(21)

3.1.3. Dans notre étude

➤ **Réalisation d'un frottis cervico-utérin**

99,4 % (172) des femmes de notre étude ont déjà bénéficié d'un frottis cervico utérin (FCU) au cours de leur vie. Ces chiffres sont légèrement supérieurs à ceux observés en population générale et similaires à ceux observés dans la population médicale.

La majorité des prélèvements ont été effectués par un gynécologue, à 66,5% (113). Nos résultats sont bien inférieurs à ceux obtenus en population générale (80% dans le Baromètre Cancer) et en population médicale (95,4% dans l'étude du Dr Tesson). Dans 12,9 % (22) les FCU étaient réalisés par un(e) ami(e) médecin ou leur associé et dans 8,8% (15) par une sage-femme.

Dans les départements de notre étude, la faible densité de gynécologues et leur accès parfois difficile peuvent expliquer ces chiffres plus bas et le fait que les femmes fassent volontiers prélever leur FCU par un généraliste ou une sage-femme plus souvent qu'en population générale ou que dans l'étude du Dr Tesson. En effet, en 2015 en France entière, la densité de gynécologues obstétriciens était de 16,24 pour 100 000 femmes de plus de 15

ans et 11,75 gynécologues médicaux pour 100 000 femmes de plus de 15 ans. Dans les Alpes-de-Haute-Provence, en 2015 7,55 gynécologues obstétriciens et 3,77 gynécologues médicaux étaient recensés pour 100 000 femmes, dans les Hautes-Alpes 6,11 gynécologues obstétriciens et 2,62 gynécologues médicaux étaient recensés pour 100 000 femmes, ce qui est nettement inférieur à la moyenne française.(57)

➤ **Dernier et fréquence des frottis cervico-utérins**

Le dernier FCU datait donc de 3 ans ou moins pour 81,2% (125) des femmes de notre étude, ce qui se situe dans la fourchette basse des résultats obtenus dans la population médicale, mais similaire voire légèrement supérieur selon les études à ce qui a été obtenu en population générale.

74,5% (111) des femmes réalisent leur FCU tous les 3 ans ou moins (tous les 3 ans dans 38,3 % (57) des cas). Ce résultat global est un peu en dessous de celui obtenu par le Dr Granjon, mais les femmes de notre étude sont plus nombreuses à réaliser leurs FCU tous les 3 ans, contrairement à celles de son étude qui les réalisent majoritairement tous les 2 ans.

Par ailleurs, dans notre étude 25,5 % (38) les réalisent à une fréquence supérieure à tous les 3 ans ou n'en ont jamais eu. Les raisons évoquées au suivi insuffisant étaient encore une fois un oubli/négligence ou un manque de temps en grande majorité.

Dans la thèse du Dr Granjon Lydie en 2013 25% des femmes réalisaient leur FCU tous les 3 ans, 36% tous les 2 ans et 16,7% tous les ans

➤ **FCU en fonction de la pratique de la gynécologie**

Parmi les femmes qui réalisent un FCU de suivi tous les 3 ans, elles sont 68,4% (39) à pratiquer de la gynécologie dans le cadre de leur exercice contre 31,6% (18) à ne pas en pratiquer. Nous n'avons pas trouvé de lien significatif entre la pratique de la gynécologie et la fréquence de réalisation de leur FCU ($p=0.056$ selon le test de Fisher).

➤ **FCU en fonction des antécédents**

19 femmes de notre étude ont déclaré avoir un antécédent de dysplasie ou de cancer du col. Parmi elles, elles sont une majorité 36,8% (7) à pratiquer un FCU tous les 2 ans, puis 26,3% (5) en font un tous les ans. On constate que 21,1% (4) en font un au-delà de tous les 3 ans et

15,8% (3) tous les 3 ans. Parmi les femmes n'ayant pas déclaré d'antécédents, elles sont une majorité à faire leur FCU tous les 3 ans : 38,3% (57), suivies de près par celles qui en font un tous les 2 ans : 30,2% (45). Elles sont 25,5% (38) à en faire un au-delà de tous les 3 ans ou à n'en avoir jamais eu, et plus que 6% (9) à en faire un tous les ans. Nous avons trouvé un lien significatif entre la fréquence des FCU et les antécédents ($p=0.018$ selon test de Fisher).

➤ **FCU et palpation mammaire**

40,5% (60) des femmes de notre étude qui réalisent un FCU tous les 3 ans ou moins réalisent aussi une palpation des seins annuelle. Il y a un lien significatif entre la palpation annuelle des seins et le fait de réaliser le FCU tous les 3 ans ou moins ($p= 0.016$ selon test du Chi²).

3.2. Dépistage du cancer du sein : palpation mammaire

Nous n'avons pas retrouvé de recommandations officielles concernant la palpation des seins par un médecin. Toutefois, la pratique d'une palpation des seins par un médecin est recommandée tous les ans lors de l'examen gynécologique par les sociétés savantes.

3.2.1. Dans la population générale

Nous n'avons pas retrouvé d'étude s'étant intéressée à la palpation mammaire en population générale.

3.2.2. Dans la population médicale

Dans la thèse du Dr Florence Tesson, 100% des femmes médecins avaient réalisé une palpation mammaire, en majorité par un gynécologue. L'auto-palpation était exclusive pour 4,1% des femmes contre 52,5% ayant bénéficié d'une hétéro-palpation. La fréquence de la palpation était de 55.9% tous les ans ou moins.(20)

Dans la thèse du Dr Nouger, 72,2% des femmes avaient réalisé une auto-palpation des seins. Chez les femmes de moins de 40 ans, ce geste était réalisé de manière plus fréquente que parmi les autres classes d'âge. Il n'y a pas de différence statistique concernant la réalisation de l'auto-palpation entre celles ayant ou n'ayant pas d'antécédents familiaux. (11)

3.2.3. Dans notre étude

98,2% (166) des femmes de notre étude ont déclaré avoir déjà bénéficié d'une palpation mammaire. La palpation est effectuée en très grande majorité par au moins un gynécologue dans 77,7% (129) des cas. 12,7% (21) d'entre elles n'ont jamais sollicité un professionnel de santé autre qu'elles-mêmes pour cet acte (autopalpation uniquement). Elles sont 46,7% (77) à avoir eu une palpation mammaire tous les ans généralement. La dernière palpation mammaire remontait à moins d'un an pour 58,9% (99) des femmes.

Parmi les femmes pratiquant la gynécologie, elles sont 51,1% (48) à avoir eu une palpation mammaire annuelle, contre 40,8% (29) chez celles qui n'en pratiquent pas. Ce résultat n'était pas significatif.

3.3. Dépistage du cancer du sein : mammographie

3.3.1. Dans la population générale

Dans le Baromètre Cancer 2010 : parmi les femmes âgées de 50 à 74 ans, 87,5 % déclaraient avoir réalisé une mammographie au cours des deux dernières années. La participation était plus faible dans la tranche d'âge 70-74 ans. Le fait de vivre en couple et le niveau d'études au moins équivalent au baccalauréat étaient des facteurs significativement associés au recours au dépistage. (54)

Dans l'enquête de l'Insee : 76% des femmes âgées de 50 à 59 ans ont déclaré avoir effectué une mammographie au cours des deux dernières années. Toutefois, après 60 ans, les femmes se dépistent moins, le taux passant de 72 % entre 60 et 64 ans à 52 % entre 69 et 74ans. Dans la majorité des cas (58 %), le dernier examen a été réalisé à la demande du médecin. (53)

Etudes	Dernière mammographie ≤ 2 ans (DO et DI inclus)
INSEE- 2006 (53)	Femmes ≥ 50 ans : 69,6% Femmes de 50 à 59 ans : 76%
Baromètre cancer- 2010 (54)	Femmes ≥ 50 ans : 87,5 %

Tableau 3: Dernière mammographie en population générale

3.3.2. Dans la population médicale

➤ Réalisation d'une mammographie

Dans la thèse du Dr Nouger, les femmes de 50 ans et plus étaient significativement plus nombreuses que les autres classes d'âge à avoir déjà réalisé une mammographie. Ces chiffres incluaient dépistage individuel et organisé.(11)

Dans la thèse du Dr Tesson, 77,6% des femmes tous âges confondus ont réalisé une mammographie au moins 1 fois dans leur vie. En ce qui concerne les femmes de plus de 50 ans, 87,7% d'entre elles l'ont fait par dépistage individuel et 65,6% par dépistage organisé.(20)

Etudes	< 40 ans	40-49 ans	≥ 50 ans
Dr Tesson -2013(20)	Chiffres non communiqués	75,7%	96,8%
Dr Nouger -2004(11)	23,1%	76,3%	93,3%

Tableau 4: Réalisation d'au moins une mammographie chez les femmes médecins.

➤ Dernière mammographie

Dans l'enquête de la DREES en 2008, une mammographie avait été réalisée dans les 2 ans pour 83% des plus de 50 ans. Il n'y avait pas de différence entre les médecins et les cadres.(56)

Dans la thèse du Dr Nouger, 83,7% des femmes ont réalisé une mammographie datant de moins de 2 ans.(11)

Dans la thèse du Dr Tesson : 56.9% des femmes avaient réalisé une mammographie de dépistage organisé dans les 2 ans.(20)

3.3.3. Dans notre étude

➤ Réalisation d'une mammographie

Tous âges confondus, 68% (115) des femmes médecins de notre étude ont déjà bénéficié d'une mammographie au cours de leur vie.

Parmi les femmes âgées de moins de 50 ans : 43,2% (38) d'entre elles ont déjà eu une mammographie dans le cadre d'un dépistage individuel avant l'âge de 50 ans dont 57,9% (22) entre 40 et 49 ans. Ces chiffres sont donc moins importants que dans les études des Dr Tesson et Nouger.

Chez les plus de 50 ans elles sont 95,1% (77) à avoir déjà eu une mammographie dans le cadre du dépistage organisé. Dans notre étude nous avons uniquement posé la question du dépistage organisé passé 50 ans. Nous n'avons pas posé de question à propos des mammographies réalisées dans le cadre d'un dépistage individuel. Dès lors, nous pouvons nous demander si les femmes ayant répondu avaient bien compris qu'il s'agissait uniquement de leur participation au dépistage organisé. La question était-elle suffisamment claire ? De ce fait nous ne pouvons comparer ces chiffres qu'avec ceux de la thèse du Dr Tesson (65,6% de mammographies dans le cadre du DO après 50 ans) sous réserve d'une bonne compréhension de la question par les femmes de notre étude.

➤ Dernière mammographie

77,8% (63) des femmes de notre étude concernées ont eu une mammographie de DO datant de 2 ans ou moins.

Dans la population médicale, aucune des études que nous avons recensées ne prend en compte uniquement le dépistage organisé après 50 ans, sauf celle du Dr Tesson. Nos chiffres sont plus élevés que les siens. Cependant, comme cité plus haut, dans notre étude, nous avons seulement demandé aux femmes âgées de plus de 50 ans si elles avaient participé **au dépistage organisé** du cancer du sein. Ont-elles bien compris spontanément la question ? Certaines d'entre elles n'auraient-elles pas aussi répondu par rapport à une mammographie de DI passée il y a moins de 2 ans ? Nous aurions probablement dû insister plus explicitement sur la différence entre les deux afin de nous en assurer.

22,2% (18) d'entre elles n'ont jamais fait de mammographie dans le cadre du DO ou alors la dernière remonte à 3 ans ou plus. Les raisons principales au suivi insuffisant étaient l'oubli ou la négligence et le manque de temps. Nous aurions pu également rajouter une proposition «mauvais rapport bénéfice/risque» pour savoir si certaines d'entre elles adhéraient aux controverses actuelles autour du dépistage organisé du cancer du sein. Mais

nous avons laissé une proposition « Autre » dans laquelle les femmes pouvaient s'exprimer librement et personne n'a évoqué cette raison.

En effet, des articles et méta-analyses ont été publiés au sujet de la balance bénéfice-risque du dépistage. Ainsi dans un article de la revue *Prescrire* en 2006 intitulé « *les effets indésirables des mammographies de dépistage des cancers du sein* », l'on pouvait lire que les femmes qui se dépistent par mammographie sont soumises aux effets indésirable de cet examen : inconfort voire douleur, conséquences psychologiques en cas de détection d'une anomalie, auxquels s'ajoutent les risques radios-induits, les conséquences des faux positifs ou sur des cancers à développement lent. (58)

De plus, une méta-analyse de la revue *Cochrane* en 2006 n'a pas retrouvé de diminution statistiquement significative de la mortalité par cancer du sein grâce à ce dépistage. Selon les auteurs de cette méta-analyse, la balance bénéfice risque n'est pas aussi favorable qu'il y paraît et est exprimée de la manière suivante : « *Pour 2000 femmes invitées au dépistage pendant 10 ans, une à sa vie prolongée. En contrepartie, 10 femmes en bonne santé, qui n'auraient jamais été déclarées cancéreuses en l'absence de dépistage, sont diagnostiquées comme ayant un cancer du sein et traitées inutilement* ». (59)

En revenant sur cette polémique, un article paru dans la revue « *Gynécologie obstétrique, fertilité et sénologie* » en juin 2017 concluait « *Et finalement, cette polémique n'est-elle pas celle uniquement d'épidémiologistes et d'une certaine catégorie de femmes non représentatives de la population féminine ? Et si l'on posait la question suivante aux femmes : « Préférez-vous que l'on vous découvre un cancer du sein de petite taille grâce à la mammographie même s'il n'est pas clairement démontré que cela améliore votre survie ou laisser un cancer dans votre sein en ne réalisant pas de mammographie, car il n'est pas certain qu'il évolue ? »*. *Le vrai combat, c'est bien celui contre le cancer du sein et ses blessures...* ». (50)

Suite à cette controverse, les recommandations françaises ont reprécisé l'intérêt de poursuivre le dépistage organisé chez les femmes de 50 à 74 ans. (43)

Ainsi les femmes médecins de notre étude semblent en adéquation avec les recommandations actuelles de la HAS concernant le dépistage du cancer du sein.

4. PERSPECTIVES

Lorsque les dépistages n'étaient pas réalisés ou avec retard, nous avons noté que c'était souvent du fait d'un manque de temps, d'un oubli ou d'une négligence de la part des femmes. Ces réponses sont probablement bien plus complexes et intègrent d'autres facteurs inconscients.

La mise en avant de ces facteurs limitant leur participation aux dépistages des cancers gynécologiques laisse penser que ces femmes pourraient également négliger d'autres aspects de leur santé. Pour elles, mais également pour les autres femmes et de manière générale pour tous les médecins quel que soit leur genre ou spécialité, il serait intéressant de développer des campagnes de consultations préventives globales en France. Ces consultations pourraient permettre de regrouper sur un lieu neutre et anonyme plusieurs motifs de consultation en prévention, et ainsi apporter une réponse à la problématique du temps soulignée par les médecins, mais aussi les aider à surmonter leur éventuelle pudeur ou le regard des confrères de leur cercle de connaissances vis-à-vis de leur santé. Des initiatives de ce type, incitatives et orientées en direction du public spécifique des « médecins-patients », ont déjà eu lieu dans certains départements de France, comme en Normandie avec l'association IMHOTEP qui a lancé en 2010 un programme de médecine préventive globale dédiée aux médecins libéraux généralistes et spécialistes qui ont répondu favorablement à ce projet à 80%.⁽⁶⁰⁾ En PACA, Ile de France et Midi Pyrénées d'autres structures existent mais se concentrent essentiellement sur la santé mentale des médecins. Sur la base du bilan de ces expérimentations, peut-être qu'une généralisation pourrait être envisagée, en lien avec le Conseil de l'Ordre et l'Assurance maladie.

VI. CONCLUSION

L'objectif principal de cette étude était de déterminer la participation au dépistage des cancers gynécologiques (sein et utérus) dans la population des femmes médecins généralistes des départements des Hautes-Alpes et des Alpes-de-Haute-Provence, lors d'un état des lieux effectué en 2017. Notre travail a montré une participation élevée des femmes médecins aux dépistages des cancers du col utérin et du sein, qui va toutefois au-delà des recommandations de la HAS dans un certain nombre de cas.

99,4% des femmes de notre étude ont déjà eu un FCU au cours de leur vie, prélevé dans la majorité des cas par un gynécologue. Le dernier FCU remontait à 3 ans ou moins pour 81,2% des femmes et 74,5% ont déclaré qu'elles en faisaient un tous les 3 ans ou moins généralement. Les femmes ayant déclaré un antécédent de dysplasie ou de cancer du col utérin réalisaient de manière significative des FCU de manière plus rapprochée que celles sans antécédent.

98,2% des femmes de notre étude ont déjà bénéficié d'une palpation mammaire au cours de leur vie dont 77,7% au moins par un gynécologue et 68,7% au moins par auto-palpation. 12,7% ont déclaré qu'elles n'avaient eu recours qu'à une autopalpation et jamais d'hétéro-palpation. Généralement, les femmes ont déclaré palper leurs seins annuellement à 46,7%. 58,9% des femmes ont déclaré que leur dernière palpation mammaire remontait à 1 an ou moins.

43,2% des femmes de moins de 50 ans ont déjà eu une mammographie de dépistage individuel dont 57,9% entre 40 et 49 ans. Les plus de 50 ans sont 95,1% à avoir déjà eu une mammographie dans le cadre du dépistage organisé et 77,8% ont déclaré en avoir réalisé une datant de 2 ans ou moins.

Au total, 77,8% des femmes suivaient les recommandations HAS du cancer du sein et 81,2% celles du cancer du col utérin.

Les femmes présentaient donc globalement une bonne adhésion aux recommandations de dépistage de ces 2 cancers. Notons cependant que la fréquence de leur palpation mammaire pourrait être meilleure puisqu'un peu moins de la moitié d'entre elles seulement déclaraient

qu'elles en bénéficiaient annuellement, et qu'un certain nombre d'entre elles (sans antécédent le justifiant) pratiquaient leur FCU à un intervalle plus rapproché que ce qui est recommandé : tous les ans pour 6 % (9) d'entre elles et tous les 2 ans pour 30,2 % (45).

Lorsque que les recommandations n'étaient pas suivies, c'était souvent du fait d'un manque de temps, d'un oubli ou d'une négligence de leur part. La mise en avant de ces facteurs limitant leur participation aux dépistages des cancers gynécologiques laisse penser que ces femmes pourraient également négliger d'autres aspects de leur santé. Pour elles, mais également pour tous les médecins quel que soit leur genre ou leur spécialité, il serait intéressant de développer et généraliser des campagnes de consultations préventives globales en France, incitatives et orientées sur les problématiques spécifiques que peuvent rencontrer ces « médecins-patients ». Cela pourrait être organisé dans des lieux neutres et anonymes, en regroupant plusieurs motifs de consultation en prévention et ainsi apporter une réponse à la problématique du temps soulignée par les médecins. Cela pourrait aussi les aider à surmonter leur éventuelle pudeur ou le regard des confrères de leur cercle de connaissances vis-à-vis de leur santé.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Vigneron E. Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français. Cairn.info. 2013. [Internet]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2013-1-page-41.htm> [cité 2 juill 2018]
2. Denoyel-Jaumard A, Bochaton A. Des pratiques et espaces médicaux en transformation. Revue Francophone sur la Santé et les Territoires. 2015. [Internet]. Disponible sur: https://f-origin.hypotheses.org/wp-content/blogs.dir/1946/files/2016/01/Denoyel_bochaton_rfst_2015_GST.pdf [cité 2 juill 2018]
3. Galam E. Soigner les médecins malades. Médecine. 2013;Volume 9:420-3. [Internet]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4661_Soigner_med_mal-Medecine-nov13.pdf [cité 6 mai 2018]
4. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Article 76. 2016. [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id> [cité 2 juill 2018]
5. Pringent A. Pourquoi les médecins se soignent-ils si mal? Le Figaro.fr. 2017. [Internet]. Disponible sur: <http://sante.lefigaro.fr/article/pourquoi-les-medecins-se-soignent-ils-si-mal/> [cité 3 juill 2018]
6. Gatt ME. My lousy doctor. BMJ. 2004;328(7433):219. [Internet]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC318496/> [cité 3 juill 2018]
7. Leriche B, Biencourt M, Bouet P, et al. Le médecin malade. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2008. [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/lemedecinmalade.pdf> [cité 3 juill 2018]
8. ISNAR-IMG. Le burn-out chez les médecins généralistes. [Internet]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/protection-sociale/burn-out/> [cité 3 juill 2018]
9. Fuhrman J. Enquête santé mentale des jeunes médecins. ANEMF.org. 2017. [Internet]. Disponible sur: <https://www.anemf.org/blog/2017/06/13/enquete-sante-mentale-des-jeunes-medecins-2/> [cité 3 juill 2018]
10. Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. INPES. 2011. [Internet]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf> [cité 3 juill 2018]

11. Nouger F. Les médecins généralistes et leur santé, ou « Docteur, comment prenez-vous en charge votre santé? »: enquête sur les médecins généralistes libéraux installés dans le département de la Vienne. Thèse de médecine. Université de Poitiers. 2004. [Internet]. Disponible sur: http://www.cogemspc.fr/theses/liste_these/these_nouger.pdf [cité 3 juill 2018]
12. Gillard L. La santé des généralistes. Thèse de médecine. Université de Paris Descartes. 2006. [Internet]. Disponible sur: <http://www.urml-idf.org/upload/these/gillard.pdf> [cité 3 juill 2018]
13. Suty R, Aubrège A. Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé: enquête menée auprès de 530 médecins libéraux du département de Meurthe-et-Moselle. Thèse de médecine. Université Nancy 1. 2006. [Internet]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2006_SUTY_ROMAIN.pdf [cité 3 juill 2018]
14. Bessière S. La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage. Revue Française des Affaires Sociales. 2005. [Internet]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rfas200501-art03.pdf> [cité 3 juill 2018].
15. Kahn-Bensaude I. La féminisation : une chance à saisir. CNOM. 2005. [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/feminisation2005.pdf> [cité 3 juill 2018]
16. Canalmonde.fr. Carte géographique, touristique et plan des Hautes Alpes, 05. [Internet]. Disponible sur: <http://www.canalmonde.fr/r-annuaire-tourisme/france/05/carte-guide-hautes-alpes.php> [cité 7 juill 2018]
17. Fracademic.com. Géographie des Hautes-Alpes. [Internet]. Disponible sur: <http://fracademic.com/dic.nsf/frwiki/750165> [cité 7 juill 2018]
18. Samyn S. Hautes-Alpes : des arrivées toujours plus nombreuses - Insee Analyses Provence-Alpes- Côte d'Azur N°3. Insee.fr. 2014. [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285745> [cité 7 juill 2018]
19. Junel B. Alpes-de-Haute-Provence : Un département attractif et âgé, des populations isolées - Insee Analyses Provence-Alpes-Côte d'Azur N°8. Insee.fr. 2014. [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285716> [cité 7 juill 2018]
20. Tesson F. Le dépistage des cancers gynécologiques chez les femmes médecins: enquête descriptive auprès de 133 médecins généralistes d'Ile-de-France. Thèse de médecine. Université Pierre et Marie Curie (Paris6). 2013. [Internet]. Disponible sur: http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/tesson_these.pdf [cité 7 juill 2018]

21. Granjon L. Prise en charge de la santé des médecins généralistes des Hautes-Alpes: enquête sur l'auto-dépistage de quatre cancers : prostate, sein, colorectal et col utérin. Thèse de médecine. Université d'Aix-Marseille. 2013.
22. Insee.fr. Estimation de la population au 1^{er} janvier 2018. 2018 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198> [cité 7 juill 2018]
23. Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France. CNOM. 2017. [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf [cité 7 juill 2018]
24. CNOM. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale. [Internet]. Disponible sur: https://demographie.medecin.fr/#l=fr;sly=a_dep_DR;v=map2;s=2018;z=-199141,7115634,1386035,1116677;sid=4;i=demo_med.dens_tte_act [cité 7 juill 2018]
25. CNOM. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale. [Internet]. Disponible sur: https://demographie.medecin.fr/#l=fr;i=demo_med.dens_tte_act;v=map2;s=2018;z=825305,6514580,264822,228976;sly=a_dep_DR;sid=3 [cité 7 juill 2018]
26. Wilson JMG, Jungner G. Principes et pratique du dépistage des maladies. OMS. 1970. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/41503> [cité 8 juill 2018]
27. Guessous I, Gaspoz JM et al. Dépistage : principes et méthodes. Rev Med Suisse. 2010; volume 6 :1390-1394. [Internet]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-256/Depistage-principes-et-methodes> [cité 8 juill 2018]
28. Arnaud C. Evaluation des procédures de dépistage. Faculté de Médecine de Toulouse Purpan et Toulouse Rangueil [Internet]. Disponible sur: http://www.medecine.upstlse.fr/DCEM2/module1/sous_module1/011_depistage_CA_SA.pdf [cité 9 juill 2018]
29. Huas C, Aubin-Auger I. Dépister ou ne pas dépister: comment s'y retrouver ? Exercer. 2016;127:216-25. [Internet]. Disponible sur: <https://www.exercer.fr/numero/127/page/216/pdf/> [cité 9 juill 2018]
30. Globocan 2012. Estimated cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Fact Sheets by Cancer. [Internet]. Disponible sur: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx [cité 20 juill 2018]
31. Invs – Santé Publique France. Cancer du col de l'utérus, données par localisation. 2017. [Internet]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Donnees-par-localisation/Cancer-du-col-de-l-uterus> [cité 20 juill 2018]

32. HAS. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. 2013. [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08__vf_mel.pdf [cité 21 juill 2018]
33. HAS. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal - Actualisation 2002. 2002. [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/frottis_final_-_recommandations.pdf [cité 21 juill 2018]
34. HAS. Dossier de presse : Cancer du col de l'utérus. 2010. [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_998815/fr/cancer-du-col-de-l-uterus [cité 20 juill 2018]
35. Ministère des Solidarités et de la Santé. Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, annonce la mise en place d'un troisième programme national de dépistage : le dépistage du cancer du col de l'utérus. 2018 [Internet]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/agnes-buzyn-ministre-des-solidarites-et-de-la-sante-annonce-la-mise-en-place-d> [cité 20 juill 2018]
36. Legifrance.gouv. fr. Arrêté du 4 mai 2018 relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. 2018. [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000036877136&%3Bamp%3BdateTexte=&%3Bamp%3BboldAction=rechJO&%3Bamp%3BcategorieLien=id&%3Bamp%3BidJO=JORFCONT000036876874> [cité 20 juill 2018]
37. HAS. GARDASIL 9, vaccin papillomavirus humain 9-valent. 2017. [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2796800/fr/gardasil-9 [cité 20 juill 2018]
38. HAS. Cancer du col de l'utérus : une meilleure couverture vaccinale et un dépistage renforcé restent la priorité. 2017. [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2797450/fr/cancer-du-col-de-l-uterus-une-meilleure-couverture-vaccinale-et-un-depistage-renforce-restent-la-priorite?xtmc=&xtcr=1 [cité 20 juill 2018]
39. CIRC-OMS. Dernières statistiques mondiales sur le cancer. En augmentation à 14,1 millions de nouveaux cas en 2012 : L'augmentation marquée du cancer du sein demande des réponses. 2013. [Internet]. Disponible sur: https://www.iarc.fr/fr/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_F.pdf [cité 20 juill 2018]
40. Institut National Du Cancer. Le cancer du sein. 2018. [Internet]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-sein> [cité 25 juill 2018]

41. Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, Benbrahim-Tallaa L, Bouvard V, Bianchini F, et al. Breast-Cancer Screening - Viewpoint of the IARC Working Group. *N Engl J Med*. 2015;372:2353-2358 [Internet]. Disponible sur: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMSr1504363> [cité 25 juill 2018]
42. Courbière B, Carcopino X. Cancer du du sein. In: *Gynécologie obstétrique*. Ed 2011. Paris: Vernazobres-Gregg (Médecine KB). 2011. p487-507. [cité 25 juill 2018]
43. HAS. Dépistage et prévention du cancer du sein. 2015. [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf [cité 25 juill 2018]
44. HAS. Cancer du sein : quel dépistage selon vos facteurs de risque ? 2014. [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1741484/fr/cancer-du-sein-quel-depistage-selon-vos-facteurs-de-risque [cité 25 juill 2018]
45. Santé Publique France. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2015-2016. 2017. [Internet]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2015-2016> [cité 25 juill 2018]
46. Santé Publique France. Données de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein, 2015-2016. 2017. [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Donnees-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2015-2016> [cité 25 juill 2018]
47. CNOM. Trouver un médecin. [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/annuaire> [cité 6 août 2018]
48. Rault JF, Le Breton-Lerouvillois G. La démographie médicale en région Provence-Alpes-Côte-D'azur, situation en 2013. CNOM. 2013 [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/paca_2013.pdf [cité 8 août 2018]
49. Fauvet L. Etudes et résultats : Les médecins au 1er janvier 2012. DREES. 2012. [Internet]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er796.pdf> [cité 23 août 2018]
50. Barranger E, Delpech Y. Le dépistage organisé du cancer du sein : la polémique continue. Est-ce vraiment dans l'intérêt des femmes ? *Gynécologie obstétrique, fertilité et sénologie*. 2017;45(6):325-326. [Internet]. Disponible sur: <http://www.blog-elsevier->

masson.fr/2017/06/depistage-organise-cancer-sein-polemique-continue-vraiment-linteret-femmes/ [cité 9 août 2018]

51. Leroy JL, Gondry J. Le programme de dépistage français : historique et modalités. In: Le dépistage du cancer du col de l'utérus. Paris: Springer-Verlag; 2005 :69-80. [Internet] Disponible sur: eknygos.lsmuni.lt/springer/249/69-80.pdf [cité 11 août 2018]
52. Sicard A. L'introduction en France des frottis cervico-vaginaux. 1997. [Internet]. Disponible sur: http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1997x031x003_4/HSMx1997x031x003_4x0255.pdf [cité 11 août 2018]
53. Guignon N, Lydié N, Makdessi-Raynaud Y. La prévention, comportements du quotidien et dépistages. 2006. [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/1372033/donsoc06zk.pdf> [cité 11 août 2018]
54. Beck F, Gautier A. Baromètre cancer 2010. Inpes. 2012. [Internet]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1405.pdf> [cité 12 août 2018]
55. Gautier A. Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003. Inpes. 2005. [Internet]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/793.pdf> [cité 12 mars 2017]
56. Desprès P, Grimbert I, Lemery B. et al. Santé physique et psychique des médecins généralistes. DREES. 2010. [Internet]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er731.pdf> [cité 3 juill 2018]
57. Eco-Santé France. Régions & Départements. [Internet]. Disponible sur: <http://www.ecosante.fr/index2.php?base=DEPA&langs=FRA&langh=FRA&valeur=GYMERPTDMSGYNGYOBPRPTDMSGYN&source=1> [cité 15 août 2018]
58. Mammographies et dépistage des cancers du sein : pour un choix éclairé des femmes désirant participer au dépistage. Revue Prescrire. 2006;26(272):348-374.
59. Gøtzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database Syst Rev. 2009. [Internet]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19821284> [cité 13 août 2018]
60. Paris-Normandie.fr. Le médecin des médecins. 2011. [Internet]. Disponible sur: <https://www.paris-normandie.fr/hemerotheque/le-medecin-des-medecins-489593-GSPN489593> [cité 19 août 2018]

VIII. ABREVIATIONS

04 département des Alpes-de-Haute-Provence

05 département des Hautes-Alpes

ACR American College of Radiology

ANAES Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

ANEMF Association Nationale des Etudiants en Médecine de France

ARS Agence Régionale de la Santé

BIRADS Breast Imaging Reporting And Data System

CAMU Capacité de Médecine d'Urgence

CIN Néoplasie Cervicale Intraépithéliale

CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DI Dépistage Individuel

DO Dépistage Organisé

DREES Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

FCU Frottis Cervico-Utérin

HAS Haute Autorité de Santé

HPV Human Papilloma Virus

HSV Herpès Simplex Virus

INPES Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

INSEE Institut National de la Statistique et des Études Économiques

INVS Institut National de Veille Sanitaire

MDPH Maison Départementale des Personnes Handicapées

OMS Organisation Mondiale de la Santé

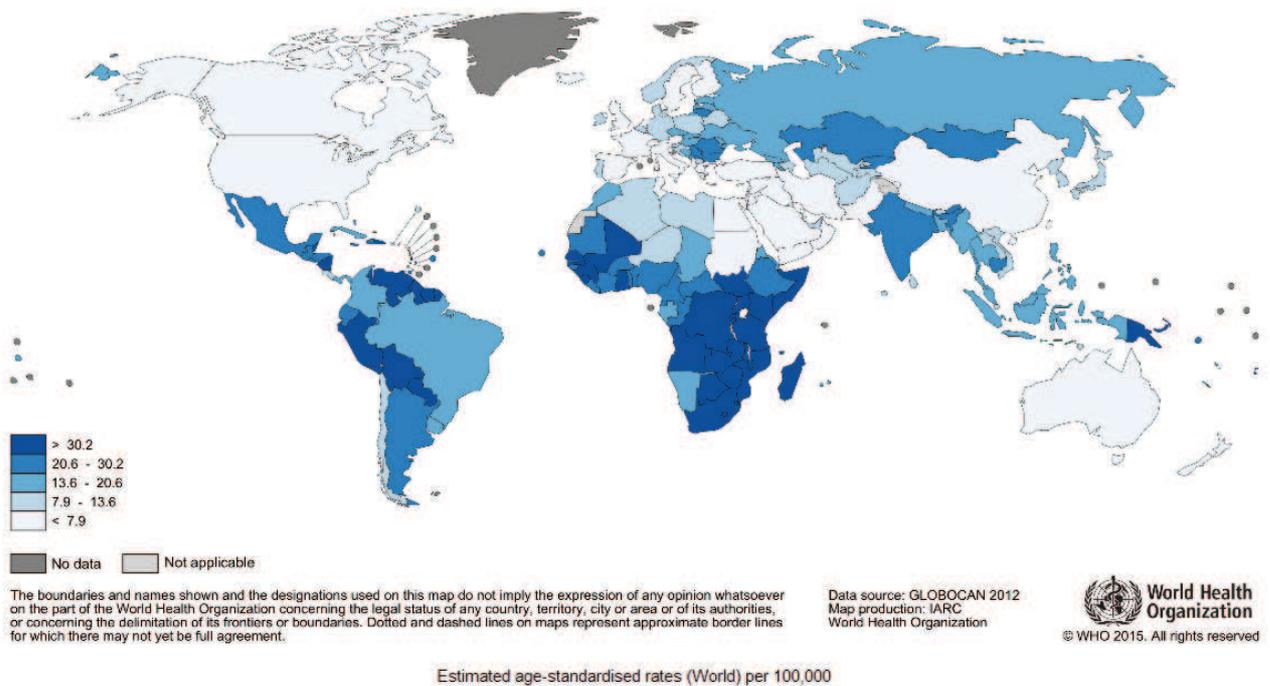
PACA Provence-Alpes-Côte-D'azur

VIH Virus de l'Immunodéficience Humaine

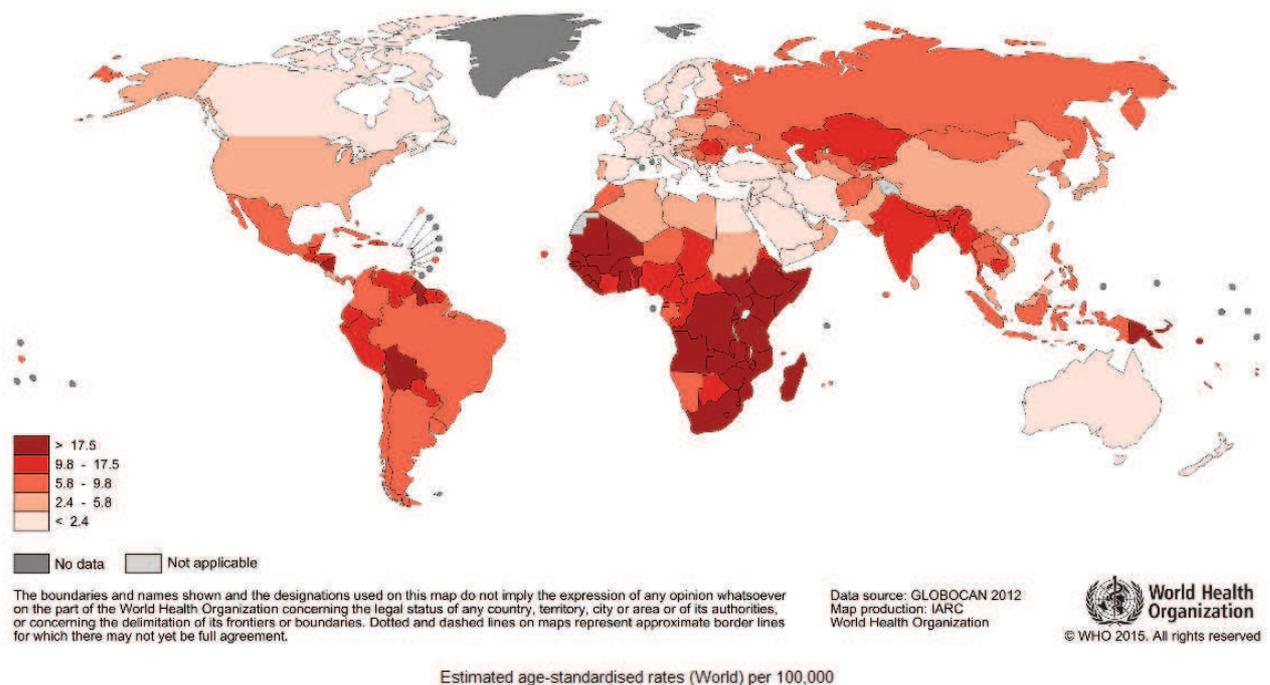
IX. ANNEXES

Annexe 1 : Estimation de l'incidence (figure du haut) et de la mortalité (figure du bas) du cancer du col de l'utérus dans le monde en 2012. (30)

▲ Estimated Cervical Cancer Incidence Worldwide in 2012



▲ Estimated Cervical Cancer Mortality Worldwide in 2012



Annexe 2 : Les chiffres clé du cancer de l'utérus en France en 2017. (31)

Les chiffres clés produits par l'agence et ses partenaires :

(Francim, Hospices civils de Lyon, Institut national du cancer, structures de gestion du dépistage)

Incidence	Mortalité	Survie¹	Prévalence (ensemble des cas)	Prévention et dépistage
2 840 nouveaux cas par an	1 080 décès par an	63 % à 5 ans	12 374 cas diagnostiqués lors des 5 dernières années et toujours vivants	Moins de 20 % des jeunes filles de 16 ans vaccinées par le vaccin anti-HPV
				France entière, 2015
				62 % des femmes de 25-65 ans dépistées sur 3 ans
France métropolitaine, 2017	France métropolitaine, 2017	Registres, cas diagnostiqués, 2005-2010	France métropolitaine, 2008	France, 13 départements, 2010-2014

Les informations dans les départements d'outre-mer sont renseignées dans chacune des rubriques si elles sont disponibles.

Annexe 3 : Système de Bethesda 2001. (32)

QUALITÉ DU PRÉLÈVEMENT

- Satisfaisant pour évaluation
- Non satisfaisant pour évaluation (préciser la raison)

INTERPRÉTATION/RÉSULTAT

Absence de lésion malpighienne intra-épithéliale ou de signe de malignité (NIL/M).

S'il y a lieu, préciser :

- présence de micro-organismes : Trichomonas vaginalis; éléments mycéliens, par exemple évoquant le candida ; anomalies de la flore vaginale évoquant une vaginose bactérienne ; bactéries de type actinomyces ; modifications cellulaires évoquant un herpès simplex;
- autres modifications non néoplasiques : modifications réactionnelles (inflammation, irradiation, ou présence d'un dispositif intra-utérin) ; présence de cellules glandulaires bénignes post hystérectomie ; atrophie.

Anomalies des cellules malpighiennes :

- atypies des cellules malpighiennes (ASC) : de signification indéterminée (ASC-US) ou ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (ASC-H) ;
- lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade (LSIL), regroupant koïlocytes/dysplasie légère/CIN 1 ;
- lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (HSIL), regroupant dysplasies modérée et sévère, CIS/CIN 2 et CIN 3. Le cas échéant présence d'éléments faisant suspecter un processus invasif (sans autre précision) ;
- carcinome malpighien.

Anomalies des cellules glandulaires :

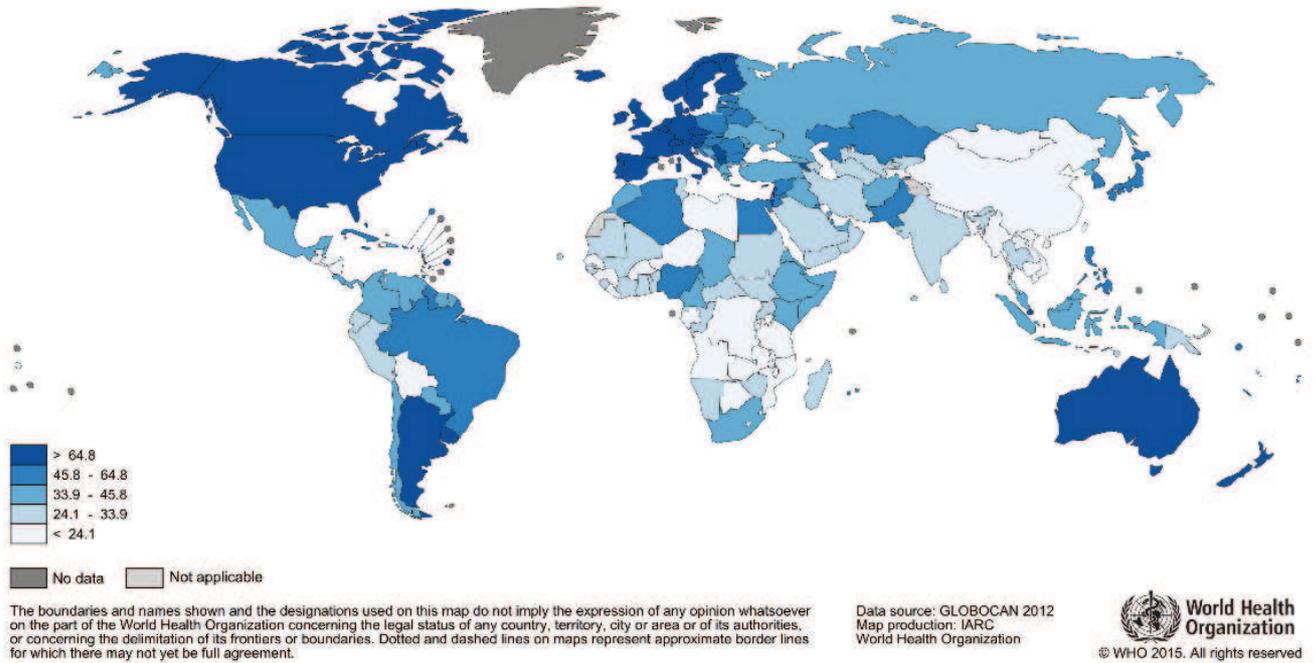
- atypies des cellules glandulaires (AGC) : endocervicales, endométriales ou sans autre précision (NOS) ;
- atypies des cellules glandulaires en faveur d'une néoplasie : endocervicales ou sans autre précision (NOS) ;
- adénocarcinome endocervical in situ (AIS) ;
- adénocarcinome.

Autres (liste non limitative) :

- cellules endométriales chez une femme âgée de 40 ans ou plus.

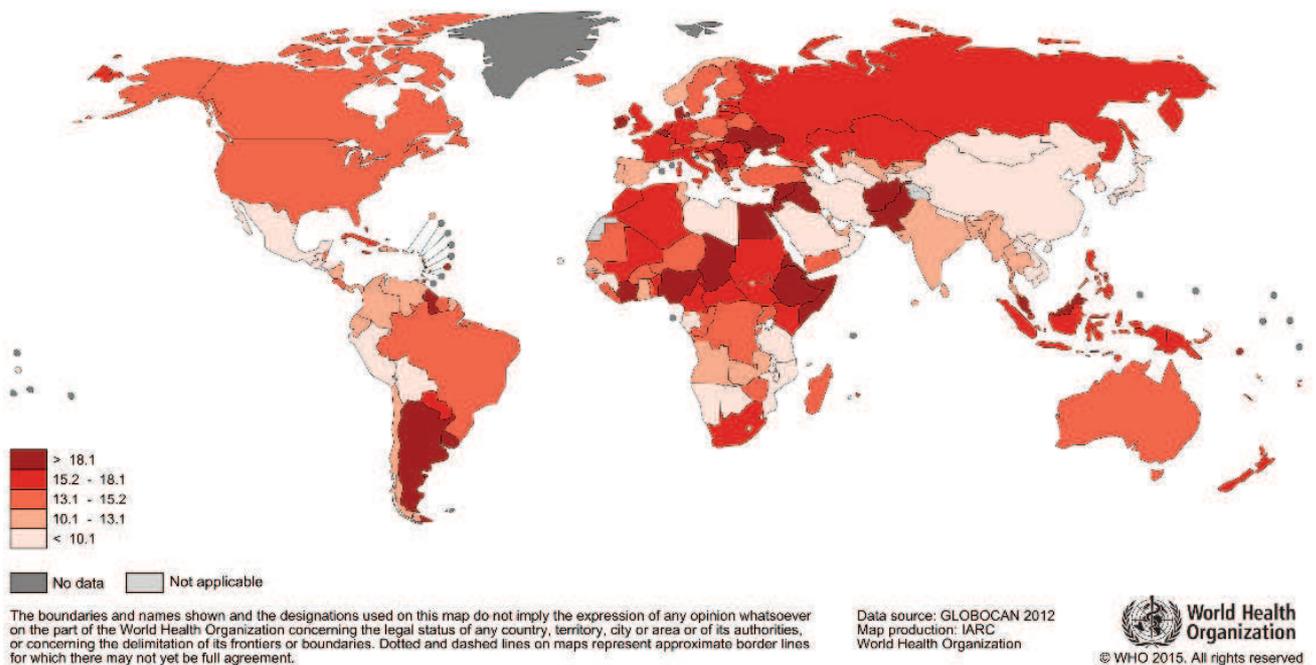
Annexe 4 : Estimation de l'incidence (figure du haut) et de la mortalité (figure du bas) du cancer du sein dans le monde en 2012. (30)

▲ Estimated Breast Cancer Incidence Worldwide in 2012



Estimated age-standardised rates (World) per 100,000

▲ Estimated Breast Cancer Mortality Worldwide in 2012



Estimated age-standardised rates (World) per 100,000

Annexe 5 : Chiffres clés à propos du cancer du sein en France en 2015. (46)

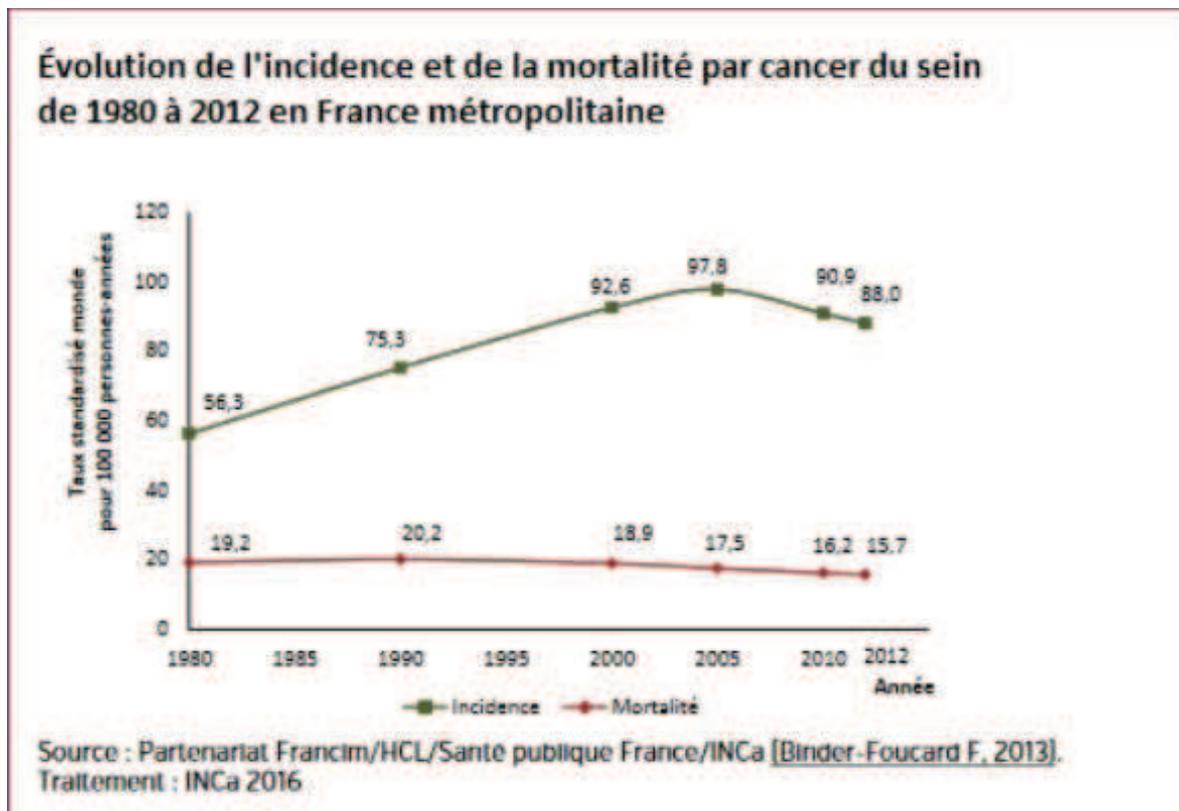
Les chiffres clés produits par l'agence et ses partenaires

(Francim, Hospices civils de Lyon, Institut national du cancer, structures de gestion du dépistage)

Incidence	Mortalité	Survie ¹	Prévalence (ensemble des cas)	Prévention et dépistage
54 062 nouveaux cas par an	11 913 décès par an	87 % à 5 ans	219 756 cas diagnostiqués lors des cinq dernières années et toujours vivants	51,8 % des femmes dépistées dans le cadre du programme de dépistage organisé
Projections, 2015	Projections, 2015	Registres, cas diagnostiqués, 2005-2010	France métropolitaine, 2008	France entière, 2014-2015

Les informations dans les départements d'outre-mer sont renseignées dans chacune des rubriques si elles sont disponibles.

Annexe 6 : Evolution de l'incidence et de la mortalité du cancer du sein en France entre 1980 et 2012. (40)



Annexe 7 : Classification ACR des images mammographiques. (43)

Classification en six catégories des images mammographiques en fonction du degré de suspicion de leur caractère pathologique (en dehors des images construites et des variantes du normal) - correspondance avec le système BIRADS de l'American College of Radiology (ACR).

➤ **ACR 0 : des investigations complémentaires sont nécessaires**

Comparaison avec les documents antérieurs, incidences complémentaires, clichés centrés comprimés, agrandissement de micro calcifications, échographie, etc. C'est une classification « d'attente », qui s'utilise en situation de dépistage ou dans l'attente d'un second avis, avant que le second avis soit obtenu ou que le bilan d'imagerie soit complété et qu'il permet une classification définitive.

➤ **ACR 1 : mammographie normale**

➤ **ACR 2 : il existe des anomalies bénignes ne nécessitant ni surveillance ni examen complémentaire :**

- opacité ronde avec macro calcifications (adénofibrome ou kyste) ;
- ganglion intra mammaire ;
- opacité(s) ronde(s) correspondant à un (des) kyste(s) typique(s) en échographie ;
- image(s) de densité graisseuse ou mixte (lipome, hamartome, galactocèle, kyste huileux) ;
- cicatrice(s) connue(s) et calcification(s) sur matériel de suture ;
- macro calcifications sans opacité (adénofibrome, kyste, adiponécrose, ectasie canalaire sécrétante, calcifications vasculaires, etc.) ;
- micro calcifications annulaires ou arciformes, semi-lunaires, sédimentées, rhomboédriques
- Calcifications cutanées et calcifications punctiformes régulières diffuses.

➤ **ACR 3 : il existe une anomalie probablement bénigne pour laquelle une surveillance à court terme est conseillée :**

- micro calcifications rondes ou punctiformes régulières ou pulvérulentes, peu nombreuses, en petit amas rond isolé ;
- petit(s) amas rond(s) ou ovale(s) de calcifications amorphes, peu nombreuses, évoquant un début de calcification d'adénofibrome ;
- opacité(s) bien circonscrite(s), ronde(s), ovale(s) ou discrètement polycyclique(s) sans microlobulation, non calcifiée(s), non liquidienne(s) en échographie ;
- asymétrie focale de densité à limites concaves et/ou mélangée à de la graisse.

➤ **ACR 4 : il existe une anomalie indéterminée ou suspecte qui indique une vérification histologique :**

- micro calcifications punctiformes régulières nombreuses et/ou groupées en amas aux contours ni ronds, ni ovales ;
- micro calcifications pulvérulentes groupées et nombreuses ;
- micro calcifications irrégulières, polymorphes ou granulaires, peu nombreuses ;
- image(s) spiculée(s) sans centre dense ;
- opacité(s) non liquidienne(s) ronde(s) ou ovale(s) aux contours lobulés, ou masqués, ou ayant augmenté de volume ;
- distorsion architecturale en dehors d'une cicatrice connue et stable ;
- asymétrie(s) ou surcroît(s) de densité localisé(s) à limites convexes ou évolutif(s).

➤ **ACR 5 : il existe une anomalie évocatrice d'un cancer :**

- micro calcifications vermiculaires, arborescentes ou micro calcifications irrégulières, polymorphes ou granulaires, nombreuses et groupées ;
- Groupement de micro calcifications quelle que soit leur morphologie, dont la topographie est galactophorique ;
- micro calcifications associées à une anomalie architecturale ou à une opacité ;
- micro calcifications groupées ayant augmenté en nombre ou micro calcifications dont la morphologie et la distribution sont devenues plus suspectes ;
- Opacité mal circonscrite aux contours flous et irréguliers ;
- Opacité spiculée à centre dense.

Annexe 8 : Questionnaire d'étude anonyme envoyé par La Poste aux femmes médecins généralistes des Hautes-Alpes et Alpes de Haute-Provence.

Dépistage des cancers gynécologiques chez les femmes médecins généralistes du 04 et 05.

Madame, actuellement en post internat de médecine générale, je réalise un mémoire sur le suivi gynécologique des femmes médecins généralistes dans les départements du 04 et 05, plus particulièrement axé sur leur participation personnelle aux dépistages du cancer du col de l'utérus et du sein sous la direction du Dr Aurélie Janczewski. Je vous remercie par avance du temps que vous me consacrerez et

vous prie de bien vouloir retourner ce questionnaire anonyme avant le 30 Septembre 2017 grâce à l'enveloppe timbrée ci jointe. Veuillez agréer mes sentiments les meilleurs,

SAMMARCELLI Paola / tel : 06 25 03 28 39 /
Mail : drsammarcelli.paola@gmail.com

1/ MIEUX VOUS CONNAITRE	
<p>Situation personnelle :</p> <p>Votre âge :</p> <p>Situation familiale : <input type="checkbox"/> Mariée, pacsée, concubinage <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuve <input type="checkbox"/> Divorcée</p> <p>Nombre d'enfants :</p> <p>Qui est votre médecin traitant ? <input type="checkbox"/> Vous-même <input type="checkbox"/> Un autre médecin <input type="checkbox"/> Vous n'en avez pas déclaré</p> <p>Votre exercice :</p> <p>Lieu d'exercice : <input type="checkbox"/> Département 04 <input type="checkbox"/> Département 05</p> <p>Milieu d'exercice : <input type="checkbox"/> Urbain (> 10000 hab) <input type="checkbox"/> Semi rural <input type="checkbox"/> Rural (<2000 hab)</p> <p>Type d'activité : <input type="checkbox"/> Libérale <input type="radio"/> Dans un cabinet de groupe <input type="radio"/> Seule <input type="checkbox"/> Mixte</p> <p><input type="checkbox"/> Salariée : <input type="radio"/> Hôpital <input type="radio"/> Clinique <input type="radio"/> Centre de santé <input type="radio"/> EHPAD, SSR, etc. <input type="radio"/> Autre :</p> <p>Avez-vous un DU/DESC et lequel ?</p> <p>Nombre d'heures travaillées par semaine en moyenne (consultations + gestion administrative, hors gardes) <input type="checkbox"/> < 30h <input type="checkbox"/> 30 – 40h <input type="checkbox"/> 41 – 50h <input type="checkbox"/> 51-60h <input type="checkbox"/> > 60h</p> <p>Combien de semaines de vacances prenez-vous par an ? <input type="checkbox"/> < 2 semaines <input type="checkbox"/> 2 à 5 <input type="checkbox"/> > 5 semaines</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Patientes non demandeuses, • Manque de formation, • Manque de temps / matériel, • Actes peu rentables pour le temps consacré, • Autre : <p>(Si vous avez coché « Non », passez ensuite à la partie 3/)</p> <p>A propos du dépistage du cancer du col :</p> <p>Réalisez-vous des frottis cervico-utérins à vos patientes ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, à partir de quel âge les pratiquez-vous ? <input type="checkbox"/> <20 ans <input type="checkbox"/> 20-24 ans <input type="checkbox"/> A partir de 25 ans</p> <p>Si oui toujours, à quelle fréquence (en considérant que les 2 premiers à 1 an d'intervalle sont normaux) ? <input type="checkbox"/> Tous les ans <input type="checkbox"/> Tous les 2 ans <input type="checkbox"/> Tous les 3 ans <input type="checkbox"/> > 3 ans</p> <p>A propos du cancer du sein:</p> <p>Pratiquez-vous la palpation mammaire annuelle ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, jamais. Pourquoi ? (entourez) • Je ne sais pas bien le faire • Cela me gêne/ les patientes sont gênées • Pas intéressé(e)/inutile • Oubli • Autre :</p> <p>Incitez-vous vos patientes à participer au dépistage organisé du cancer du sein ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
2/ VOTRE PRATIQUE DE LA GYNECOLOGIE	
<p>Pratiquez-vous la gynécologie dans le cadre de votre exercice ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, précisez si vous réalisez certains des gestes suivants : <input type="radio"/> Pose d'implant SC <input type="radio"/> Pose de DIU <input type="radio"/> Réalisation de FCV <input type="radio"/> Palpation mammaire <input type="radio"/> Suivi de grossesse avec TV</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="radio"/> Mon exercice ne s'y prête pas (EHPAD, soins palliatifs, etc.) <input type="radio"/> Je pourrais mais je n'en pratique pas.</p> <p>Précisez (entourez) : • Pas intéressée,</p>	
3/ VOTRE SUIVI PERSONNEL	
	<p>Globalement, pensez-vous prendre en charge correctement votre santé ? Entourez svp (De 1 : Non pas du tout à 5 : Oui très bien) : 1 2 3 4 5</p> <p>CONCERNANT LE CANCER DU COL DE L'UTERUS :</p> <p>Avez-vous déjà été atteinte d'une dysplasie ou d'un cancer du col ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui. Pensez-vous que cela a eu un impact sur votre suivi gynécologique (plus vigilante par ex) ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p>

TSVP →

Vous a-t-on déjà fait un FCV ?

SI OUI

Dans quelle tranche d'âge avez-vous réalisé votre 1^{er} frottis ?

<20 ans 20-25 ans 26-30ans >30 ans

A quand remonte le dernier ?

≤1 an 2 ans 3 ans

> 3 ans, précisez exactement :

Généralement, à quelle fréquence les réalisez-vous ?

Tous les ans Tous les 2 ans

Tous les 3 ans > 3 ans

Par qui les faites-vous réaliser ?

Un(e) ami(e) médecin/ mon associé(e)

Sage-femme Gynécologue

Un médecin généraliste extérieur à votre cercle de connaissances Au laboratoire Autre:

SI NON ou si votre dernière fois remonte à plus de 3 ans, pourquoi ? (choix multiple)

Je n'en vois pas l'utilité/ne me sens pas concernée

Je n'ai pas de symptômes

Je suis gênée d'aller voir un confrère (intimité)

Geste désagréable/douloureux

Je n'ai pas le temps Oubli ou négligence

Peur d'une mauvaise nouvelle

Pas de médecin ou laboratoire facile d'accès/proche pour m'en faire un dans ma ville

Hystérectomie totale Autre :

La mise en place d'un dépistage organisé vous aiderait-elle à réaliser votre frottis ?

Oui Non

CONCERNANT LE CANCER DU SEIN

Avez-vous déjà été atteinte d'un cancer du sein ?

Non Oui. Cela a-t-il eu un impact sur votre suivi (plus vigilante) ? Oui Non

Etes-vous porteuse d'une mutation BRCA 1 ou BRCA2 ?

Oui, dans ce cas, vous avez terminé de compléter le questionnaire.

Non, alors poursuivez.

Avez-vous déjà eu une palpation mammaire ?

SI OUI

Précisez par qui ? (choix multiple possible):

Auto palpation Un(e) ami(e) médecin/associé(e)

Sage-femme Gynécologue

Un médecin « inconnu » Autre:

A quelle fréquence ?

Annuelle Tous les 2 ans Tous les 3 ans ou plus

A quand remonte la dernière fois ?

Moins d'un an Entre 1 et 2 ans 3 ans et plus

SI NON, ou si la dernière fois remonte à il y a plus d'un an, pourquoi ?

Je n'en vois pas l'utilité/ne me sens pas concernée

Je n'ai pas de symptômes

Je suis gênée d'aller voir un confrère (intimité)

Geste désagréable/douloureux

Je n'ai pas le temps Oubli ou négligence

Peur d'une mauvaise nouvelle

Pas de confrère facile d'accès/proche pour m'en faire une dans ma ville

Autre :

Concernant les mammographies, si vous avez moins de 50 ans, en avez-vous déjà réalisé une à titre individuel ? Non

Oui, précisez à quel âge :

Pourquoi ? J'avais des symptômes

Atcd de cancer du sein familial

Par simple « précaution »/envie d'un dépistage plus précoce

Vous avez plus de 50 ans, avez-vous déjà participé au dépistage organisé du cancer du sein ?

SI OUI, précisez :

Votre âge lors de votre 1ere participation:

La dernière fois c'était :

Il y a moins d'1 an Il y a 2 ans

Entre 3 et 5 ans Plus de 5 ans

NON. Si vous n'en avez jamais fait ou que la dernière remonte à il y a plus de 2 ans, pourquoi ? (choix multiple) :

Je n'en vois pas l'utilité/ne me sens pas concernée

Je n'ai pas de symptômes Autre :

Je suis gênée par cet examen

Geste désagréable/douloureux

Je n'ai pas le temps Oubli ou négligence

Peur d'une mauvaise nouvelle

Pas de centre d'imagerie facile d'accès/proche pour m'en faire une dans ma ville

Sans obligation, accepteriez-vous de me communiquer votre mail/numéro de téléphone pour être recontactée en cas d'étude ultérieure et pour obtenir les résultats de mon étude?.....

.....

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Résumé

Contexte : La santé psychique des médecins est actuellement au centre des préoccupations mais leur santé physique est plus anecdotique dans la littérature. Dans un contexte de féminisation de la profession, que savons-nous du rapport de ces femmes médecins à leur santé ?

Objectif : L'objectif principal de cette étude est de déterminer le taux de participation au dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein dans la population des femmes médecins généralistes des Hautes-Alpes et Alpes-de-Haute-Provence.

Méthode : Etude descriptive transversale, réalisée à partir d'un auto-questionnaire papier postal anonyme, envoyé à 265 médecins. Les critères d'inclusion étaient : les femmes médecins généralistes installées des Hautes-Alpes et Alpes-de-Haute-Provence, âgées de 25 à 65 ans, quel que soit leur mode d'exercice (libéral, salarié, mixte) avec ou sans mode d'exercice particulier. Le recueil des données s'est déroulé du 12 Juin au 30 Septembre 2017.

Résultats : Le taux de réponses était de 65,3%, soit 173 médecins. 99,4 % des femmes avaient déjà réalisé un frottis cervico utérin, dont 81,2% dans les 3 dernières années. 74,5% des femmes déclaraient réaliser leur frottis tous les 3 ans ou moins. Les prélèvements étaient réalisés majoritairement par un gynécologue. 98,2% des femmes de notre étude avaient déjà réalisé une palpation mammaire, dont 46,7% tous les ans (68,7% d'entre elles pratiquaient au moins l'autopalpation en plus d'une hétéro-palpation majoritairement par un gynécologue, 12,7% d'entre elles n'avaient fait qu'une autopalpation). 43,2% des femmes de moins de 50 ans avaient déjà bénéficié d'une mammographie dans le cadre d'un dépistage individuel, dont 57,9% entre 40 et 49 ans. Après 50 ans, elles étaient 95,1% à avoir effectué une mammographie dans le cadre du dépistage organisé, dont 77,8% dans les 2 dernières années. Au total, 77,8% des femmes suivaient les recommandations HAS du cancer du sein et 81,2% celles du cancer du col utérin. Les raisons d'absence ou de retard dans les dépistages étaient majoritairement une négligence et un manque de temps.

Conclusion : Notre étude a montré une participation élevée des femmes médecins aux dépistages des cancers du col utérin et du sein, qui va toutefois au-delà des recommandations de la HAS dans un certain nombre de cas.

Mots-clés

Dépistage, Cancer du sein, Cancer du col de l'utérus, Santé, Femme, Médecine générale.