



HAL
open science

La santé des médecins généralistes des départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne : évaluation de leur participation aux campagnes de dépistage organisé des cancers du sein et du côlon et au dépistage individuel du cancer du col de l'utérus

Valérien Doizy

► To cite this version:

Valérien Doizy. La santé des médecins généralistes des départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne : évaluation de leur participation aux campagnes de dépistage organisé des cancers du sein et du côlon et au dépistage individuel du cancer du col de l'utérus. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02316478

HAL Id: dumas-02316478

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02316478>

Submitted on 15 Oct 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.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2019

THÈSE POUR L'OBTENTION

DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 22 Mai 2019

par

Monsieur DOIZY Valérian

Né le 25 Juin 1990 à Bruges (*Gironde*)

TITRE DE LA THÈSE :

La santé des médecins généralistes des départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne : évaluation de leur participation aux campagnes de dépistage organisé des cancers du sein et du côlon et au dépistage individuel du cancer du col de l'utérus.

Président : Monsieur le Professeur LAUNOY Guy

Membres : Monsieur le Professeur MEFLAH Khaled

Monsieur le Docteur SAINMONT Nicolas

Madame le Docteur QUERTIER Marie-Christine, Directrice de thèse

Année Universitaire 2018/2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
M.	DERLON Jean-Michel	Éméritat jusqu'au 31/08/2020 Neurochirurgie

Mme DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M. DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M. DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M. ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M. FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M. GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M. GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et
prévention	
M. HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M. HAMON Martial	Cardiologie
Mme HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M. HANOUIZ Jean-Luc	Anesthésiologie et réa. médecine péri-
opératoire	
M. HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. HURAUULT de LIGNY Bruno Éméritat jusqu'au 31/01/2020	Néphrologie
M. ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M. JOUBERT Michael	Endocrinologie
Mme KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M. LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et
prévention	
M. LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et
prévention	
M. LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M. LEPORRIER Michel Éméritat jusqu'au 31/08/2020	Hématologie
M. LEROY François	Rééducation fonctionnelle
M. LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M. MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M. MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M. MARTINAUD Olivier	Neurologie
M. MAUREL Jean	Chirurgie générale
M. MILLIEZ Paul	Cardiologie
M. MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie

M. MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M. NORMAND Hervé	Physiologie
M. PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M. PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M. QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
M. RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M. REZNIK Yves	Endocrinologie
M. ROD Julien	Chirurgie infantile
M. ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme THARIAT Juliette	Radiothérapie
M. TILLOU Xavier	Urologie
M. TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M. TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme VABRET Astrid	Bactériologie – Virologie
M. VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M. VIADER Fausto	Neurologie
M. VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN

M. VABRET François	Addictologie
---------------------------	--------------

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M. de la SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
Mme LESCURE Pascale	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme LELEU Solveig	Anglais
--------------------------	---------



UNIVERSITE DE CAEN ·
NORMANDIE

UFR DE SANTE -
FACULTE DE MEDECINE

Année Universitaire 2018 / 2019

Doyen

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DEBRUYNE Danièle Éméritat jusqu'au 31/08/2019	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie Éméritat jusqu'au 31/08/2020	Hématologie
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie

M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEPORRIER Nathalie Éméritat jusqu'au 31/10/2020	Génétique
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie générale
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André (fin 31/08/19)	Médecine générale
Mme	DE JAEGHER-NOEL Sophie (fin 31/08/2021)	Médecine générale
M.	LE BAS François (fin 31/08/19)	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas (fin 31/08/19)	Médecine générale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Guy LAUNOY.

Pour l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury de thèse.
Veuillez recevoir le témoignage de ma gratitude pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

A Monsieur le Professeur Khaled MEFLAH.

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

A Monsieur le Docteur Nicolas SAINMONT.

J'ai apprécié travailler avec vous lors de mes GAAP de début d'internat. Merci d'avoir accepté d'être membre du jury de cette thèse.

A l'ensemble des médecins ayant répondu à cette étude.

Ce travail n'aurait pas été possible sans vous.

A Marie-Christine.

Merci d'avoir accepté de relever le défi de diriger ta première thèse. C'est peut-être le début d'une longue série ! C'était un plaisir de travailler avec toi.

« La vie c'est comme une boîte de chocolats, on ne sait jamais sur quoi on va tomber. »
Forrest Gump.

A mes maîtres de stage.

Merci de m'avoir transmis votre savoir et votre passion pour la médecine générale. Le compagnonnage est la clé !

« Je dis toujours la vérité, même quand je mens c'est vrai. »
Scarface.

A mes parents.

Merci pour votre amour et votre soutien.

« Vous pouvez être sûr que si Joseph d'Arimatee a pas été trop con, le graal, c'est un bocal à anchois ! »
Kaamelott.

A Nathalie et Benjamin.

Il est temps de se rapprocher, l'hémisphère sud nous appelle !

« *Qu'est-ce que c'est que ce pays ? C'est pas possible, il fait au moins -8000 !* »

Astérix et Obélix : mission Cléopâtre.

A Nathalie, Marie-France et Christian.

D'avoir été là quand les miens ne l'étaient pas.

« *Faut voir grand dans la vie, quitte à voyager à travers le temps au volant d'une voiture, autant en choisir une qui ait de la gueule !* »

Retour vers le futur.

A Tiss et Ghislain.

Vous êtes fous et beaux. Mais vous êtes sacrément fous !

« *J'suis pas bête, si elle est avec moi c'est pour mon pognon hein, c'est pas pour mon odeur. Et ça, ça fait mal !* »

Dikkenek.

Aux Berrichons

Je vous attend nombreux pour faire du surf au milieu des requins !

« *-Vous êtes classé dans la catégorie humain ?* »

- Négatif, je suis une mite en pull-over. »

Le cinquième élément.

A Maud, Charloute, Ombi et Arthur.

Au final, grâce à vous, j'ai de bons souvenirs des débuts !

« *Si tu veux un conseil, oublie que t'as aucune chance. On sait jamais, sur un malentendu ça peut marcher.* »

Les bronzés font du ski.

Aux Loubards.

On aura perdu quelques points de vie mais ça en valait la peine !

« *Une dictature c'est quand les gens sont communistes, déjà, ils ont froid, avec des chapeaux gris et des chaussures à fermeture éclair.* »

OSS 117 : Rio ne répond plus.

Et bien sûr,

A Basile.

Malgré tes 80 centimètres, tu n'en es pas moins une sacrée révolution !

« Un type fier, un type fort, qui peut être très très méchant quand il a la haine et qui n'accepte pas qu'on lui marche sur les pieds ! »

Rasta Rocket.

A Anne.

Merci d'être toi et en route pour de nouvelles aventures !

« Le bonheur n'est réel que lorsqu'il est partagé. »

Into the wild.

Liste des abréviations

ACR : American College of Radiology

AFU : Association Française d'Urologie

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

BDSP : Banque de Données en Santé Publique

BIRADS : Breast Imaging Reporting And Data System

CCIS : Cancer Canalaire In Situ

CCR : Cancer colorectal

CFAR : Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs

CISMeF : Catalogue et Index des sites Médicaux Français

CLIS : Cancer Lobulaire In Situ

CMU-c : Couverture Maladie Universelle complémentaire

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNP : Commission Nationale Permanente

DGS : Direction Générale de la Santé

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

EGB : Echantillon Généraliste des Bénéficiaires

FCU : Frottis Cervico-Utérin

FNMR : Fédération Nationale des Médecins Radiologues

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

HPV-HR : Human Papilloma Virus High Risk

INCa : Institut National du Cancer

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPEPS : Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé

PSA : Prostate Specific Antigen

SFR : Société Française de Radiologie

SUDOC : Système Universitaire de Documentation

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

WONCA : World Organization of National Colleges and Academies

Liste des figures et des tableaux

Figure 1 : diagramme de flux.....	33
Figure 2 : répartition des médecins généralistes du Calvados, de la Manche et de l'Orne en fonction du sexe.....	34
Figure 3 : répartition des médecins généralistes en fonction du département et du sexe....	34
Figure 4 : répartition des médecins généralistes en fonction du sexe.	35
Figure 5 : répartition des médecins généralistes en fonction du département et du sexe....	35
Figure 6 : répartition des hommes en fonction de l'âge.....	36
Figure 7 : répartition des femmes en fonction de l'âge.....	36
Figure 8 : répartition des médecins en fonction du sexe et du mode d'exercice.....	37
Figure 9 : répartition des médecins en fonction du sexe et de la déclaration d'un MT.	37
Figure 10 : répartition des médecins âgés de 50 a 74 ans en fonction du sexe et la présence d'antécédents.....	38
Figure 11 : répartition en fonction du sexe et de la pratique régulière du test de dépistage du cancer colorectal.	39
Figure 12 : taux de pratique du test de dépistage du cancer colorectal chez les hommes.....	40
Figure 13 : taux de pratique du test de dépistage du cancer colorectal chez les femmes.	40
Figure 14 : taux de pratique du test de dépistage du cancer colorectal par département chez les hommes (n= 116).	41
Figure 15 : taux de pratique du test de dépistage du cancer colorectal par département chez les femmes (n= 62).	41
Figure 16 : hommes âgés de 50 a 74 ans sans antécédent (n=88).....	42
Figure 17 : femmes âgées de 50 a 74 ans sans antécédent (n= 42).....	42
Figure 18 : taux de participation au dépistage du cancer colorectal 2017-2018.....	42
Figure 19 : taux de participation des hommes au dépistage du cancer colorectal 2017-2018....	43
Figure 20 : taux de participation des femmes au dépistage du cancer colorectal 2017-2018.	43
Figure 21 :évaluation de leur dépistage : se considère à jour ? 50-74 ans.....	44
Figure 22 : évaluation de leur dépistage : se considère à jour ? Tous âges.....	44
Figure 23 : sensation de difficulté à réaliser le test de dépistage du cancer colorectal chez la population cible masculine (n= 116).	45
Figure 24 : sensation de difficulté à réaliser le test de dépistage du cancer colorectal chez la population cible féminine (n= 62).....	45
Figure 25 : nature et répartition des difficultés à réaliser le test de recherche de sang dans les selles.....	46
Figure 26 : encouragement de sa patientèle à réaliser le test de dépistage du cancer colorectal 50-74 ans.....	46
Figure 27 : encouragement de sa patientèle à réaliser le test de dépistage du cancer colorectal tous âges.	47
Figure 28 : répartition en fonction de la présence d'antécédents familiaux de cancer du sein. ...	47
Figure 29 : pratique de la mammographie dans le cadre du dépistage du cancer du sein.....	48
Figure 30 : taux de pratique de la mammographie chez les femmes ne présentant pas d'antécédents familiaux (n=70).....	48
Figure 31 : taux de pratique de la mammographie chez les femmes âgées de 50 a 74 ans sans antécédents familiaux (n= 70).	49
Figure 32 : répartition en fonction de la fréquence de réalisation de la mammographie des femmes âgées 50-74 ans sans antécédents familiaux (N=66).	50
Figure 33 : taux de participation des femmes âgées de 50 à 74 ans à la campagne 2017-2018 (N= 89).	50
Figure 34 : taux de participation au dépistage du cancer du sein campagne 2017-2018.	51
Figure 35 : évaluation de leur dépistage : se considère à jour ?.....	51

Figure 36 : sensation de difficulté à réaliser la mammographie chez les femmes âgées de 50 à 74 ans (N=89).	52
Figure 37 : nature et répartition des difficultés à réaliser la mammographie.	52
Figure 38 : encouragement de sa patientèle à la pratique de la mammographie de dépistage. ...	53
Figure 39 : répartition en fonction de la présence d'antécédents personnels de pathologies du col utérin.	53
Figure 40 : pratique du FCU dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus.	54
Figure 41 : pratique du FCU par tranche d'âge chez les femmes sans antécédent personnel (N=136).	54
Figure 42 : taux de pratique du FCU chez les femmes âgées de 25-65 ans sans antécédent personnel (N=136).	55
Figure 43 : répartition en fonction de la fréquence de réalisation du FCU des femmes âgées de 25-65 ans sans antécédent personnel (N=124).	55
Figure 44 : réalisation de la population cible du FCU entre 2016 et 2018 (N=136).	56
Figure 45 : taux de participation au dépistage du col de l'utérus entre 2016 et 2018.	56
Figure 46 : évaluation de leur dépistage : se considère à jour ?	57
Figure 47 : sensation de difficulté à réaliser le FCU chez les femmes âgées de 25-65 ans (N=165).	57
Figure 48 : nature des difficultés à réaliser le FCU.	58
Figure 49 : réalisation du FCU à ses patientes.	58
Figure 50 : encouragement de sa patientèle à la pratique du FCU.	58
Figure 51 : pratique d'un dépistage des cancers cutanés.	59
Figure 52 : professionnel réalisant le dépistage.	59
Figure 53 : évaluation de leur dépistage : se considère à jour ?	60
Figure 54 : pratique du dépistage du cancer de la prostate.	60
Figure 55 : taux de pratique du dépistage du cancer de la prostate chez les hommes âgés de 40 à 74 ans (N=201).	61
Figure 56 : examen de dépistage du cancer de la prostate utilisé par tranche d'âge chez les hommes âgés de 45 à 74 ans (N=115).	62
Figure 57 : fréquence de la pratique du dépistage du cancer de la prostate par tranche d'âge chez les hommes âgés de 45 à 74 ans (N=115).	63
Figure 58 : évaluation de leur dépistage : se considère à jour ?	63
Tableau 1 : comparaison de la participation au dépistage du cancer colorectal de la population étudiée à la population générale.	64
Tableau 2 : comparaison de la participation au dépistage du cancer du sein de la population étudiée à la population générale.	65

Sommaire

Introduction	1
Première partie : Le cancer du sein	3
I - L'histoire de la maladie	3
II - Le cancer du sein en chiffres	4
III - Le dépistage du cancer du sein	5
A) Le niveau de risque	5
B) Le dépistage du cancer du sein en France	5
C) Le dépistage dans le Calvados, la Manche et l'Orne	8
IV - La participation au dépistage organisé du cancer du sein	9
A) En France	9
B) Dans le Calvados, la Manche et l'Orne	11
V - Le dépistage du cancer du sein chez les médecins généralistes	11
Deuxième partie : Le cancer colorectal	12
I - Histoire de la maladie	12
II - Le cancer colorectal (CCR) en chiffres	13
III - Le dépistage du cancer colorectal	14
A) Le niveau de risque	14
B) L'organisation du dépistage du cancer colorectal en France	14
C) L'organisation du dépistage du cancer colorectal dans le Calvados, la Manche et l'Orne	14
D) Les modalités du dépistage colorectal en France	15
IV - La participation au dépistage colorectal	17
A) En France	17
B) Dans le Calvados, la Manche et l'Orne	17
V - Le dépistage du cancer colorectal chez les médecins généralistes	18
Troisième partie : Le cancer du col de l'utérus	19
I - Le cancer du col de l'utérus en chiffres	19
II - L'histoire de la maladie	19
III - La prévention du cancer du col de l'utérus	21
A) La prévention primaire : la vaccination anti-HPV	21
B) Le dépistage et diagnostic précoce: le frottis cervico-utérin (FCU)	21
IV - Le dépistage du cancer du col de l'utérus en France	22
A) Vers un dépistage organisé	22
B) Les modalités du dépistage organisé	23
V - La participation au dépistage du cancer du col de l'utérus en France	24
VI - Des mesures spécifiques ciblées	25
VII - Le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les médecins généralistes	26
Quatrième partie : Autres cancers	26
I - Les cancers cutanés	26
II - Le cancer de la prostate	28
Matériels et méthode	30
I - Objectif principal	30
II - Hypothèse avancée	30
III - Le type d'étude	30
IV - La population étudiée	31
V - L'élaboration du questionnaire	31
VI - La diffusion du questionnaire	32
VII - L'analyse statistiques des données	32
Résultats	33
I - Participation	33
II - Caractéristiques des médecins généralistes du Calvados, de la Manche et de l'Orne d'après la liste obtenue par l'URML Normandie	34
III - Analyse socio-démographique des médecins généralistes de l'étude	35

A) Le sexe	35
B) L'âge	35
C) Le mode d'exercice.....	36
D) La déclaration d'un médecin traitant	37
III - Le cancer colorectal.....	38
A) Les antécédents personnels ou familiaux.....	38
B) La pratique du dépistage du cancer colorectal.....	38
C) Réalisation du test de dépistage par tranche d'âge	39
D) Réalisation du test de dépistage par département.....	40
E) Fréquence de la pratique du test de dépistage du cancer colorectal	41
F) Taux de participation à la campagne 2017-2018 du dépistage du cancer colorectal par sexe	42
G) Taux de participation à la campagne 2017-2018 du dépistage du cancer colorectal par département	43
H) Evaluation de leur dépistage.....	44
I) Difficulté à réaliser le test.....	45
J) Nature des difficultés	45
K) Encouragement de la patientèle à la pratique du dépistage.....	46
IV. Le cancer du sein	47
A) Les antécédents familiaux	47
B) La pratique du dépistage du cancer du sein	48
C) Réalisation de la mammographie par tranche d'âge.....	48
D) Réalisation de la mammographie par département	49
E) Fréquence de la pratique de la mammographie.....	49
F) Taux de participation à la campagne 2017-2018 de dépistage du cancer du sein.....	50
G) Taux de participation à la campagne 2017-2018 du dépistage du cancer du sein par département	50
H) Evaluation de leur dépistage.....	51
I) Difficulté à réaliser la mammographie	52
J) Nature des difficultés	52
K) Encouragement de la patientèle à la pratique du dépistage.....	52
V. Le cancer du col de l'utérus	53
A) Les antécédents personnels.....	53
B) La pratique du frottis cervico-utérin	54
C) Réalisation du FCU par tranche d'âge chez les femmes sans antécédent personnel.....	54
D) Réalisation du FCU par département	55
E) Fréquence de la pratique du FCU.....	55
F) Taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus sur les années 2016, 2017 et 2018	56
G) Taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus entre 2016 et 2018 par département	56
H) Evaluation de leur dépistage.....	57
I) Difficultés à réaliser le FCU.....	57
J) Nature des difficultés	57
K) Pratique du FCU pour ses patientes	58
L) Encouragement de la patientèle à la pratique du FCU.....	58
VI. Les cancers cutanés	59
A) Dépistage des cancers cutanés	59
B) Si oui, par qui ?.....	59
C) Evaluation de leur dépistage	60
VII. Le cancer de la prostate.....	60
A) Pratique du dépistage du cancer de la prostate.....	60
B) Taux de pratique du dépistage du cancer de la prostate chez les hommes âgés de 40 à 74 ans par tranche d'âge	61
C) Examen de dépistage utilisé.....	61
D) Fréquence de la pratique du dépistage du cancer de la prostate.....	62
E) Evaluation de leur dépistage	63
VII. Comparaison par rapport à la population générale	64
A) Le cancer colorectal.....	64

B) Le cancer du sein	65
Discussion	66
I - Les biais méthodologiques et les limites du questionnaire	66
A) Les biais de sélection	66
B) Les biais d'information.....	66
C) Les limites du questionnaire.....	66
II. Les caractéristiques démographiques	67
A) Répartition selon l'âge.....	67
B) Répartition selon le sexe	68
III. Le cancer du sein.....	68
IV. Le cancer du côlon	69
V. Le cancer du col de l'utérus	70
VI. Les cancers cutanés	71
VII. Le cancer de la prostate.....	71
Conclusion.....	73
Bibliographie	77
Annexes.....	83
Annexe 1 : Organigramme dépistage organisé du cancer du sein	83
Annexe 2 : Classification BIRADS de l'ACR dans le cancer du sein.....	84
Annexe 3 : Données de l'InVS de la participation à la campagne de dépistage du cancer du sein 2017-2018	85
Annexe 4 : Carte de participation par canton à la campagne du dépistage organisé du cancer du sein 2016-2017 du Calvados, de la Manche et de l'Orne	86
Annexe 5 : Carte de participation régionale au dépistage organisé du cancer du sein 2017-2018. Données de l'InVS.....	87
Annexe 6 : Adapter le dépistage du cancer colorectal selon le niveau de risque	88
Annexe 7 : Données de l'InVS de la participation à la campagne de dépistage du cancer colorectal 2017-2018.....	89
Annexe 8 : Carte du taux standardisé de participation par région au dépistage organisé du cancer colorectal 2017-2018. Données de l'InVS	91
Annexe 9 : Lettre introductive au questionnaire adressée aux médecins.....	92
Annexe 10 : Questionnaire adressé aux médecins.....	93

Introduction

Depuis quelques années, la société savante se préoccupe de la santé du médecin et plus particulièrement de celle du médecin généraliste.

Il paraît évident que pour pouvoir bien soigner la population, le médecin lui-même doit être en bonne santé, qu'elle soit physique ou psychique.

C'est pourquoi la WONCA (World Organization of National Colleges and Academies) précise en 2002 que les médecins généralistes « ont la responsabilité d'assumer le développement et le maintien de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients » (1).

La Commission Nationale Permanente (CNP) insistait dès 2000 sur l'intérêt d'un suivi médical du médecin en exercice, pour sa propre sécurité comme pour la sécurité des patients dont il a la charge.

Mais le médecin malade n'est pas un patient comme les autres car il est à la fois producteur et consommateur de soins. Cette ambivalence n'est ainsi pas sans peser sur l'objectivité avec laquelle il analyse cette situation : « fusionner en une seule et même personne le soignant et le soigné soulève de nombreuses difficultés parmi lesquelles le déni, l'impossibilité de prendre du recul et de se dégager d'interférences émotionnelles (...) » rappelle le Professeur Falissard (2).

Son savoir, sa capacité à diagnostiquer ainsi que sa possibilité d'auto-prescription laissent facilement le médecin seul face à son problème de santé et à sa prise en charge. De par son appartenance au milieu médical, le parcours de soins du médecin malade est souvent atypique et désordonné, résultant d'un malaise partagé par le médecin soigné et par le médecin soignant (3).

Allant dans le même sens, l'étude menée en 2006 par Suty mettait en évidence un déni de la maladie, jusqu'à ce que les symptômes deviennent trop importants, et une absence de prise en charge objective par une tierce personne qui se traduisait par un retard diagnostique parfois dramatique (4).

Suite à de nombreuses publications sur le sujet et à la l'émergence du phénomène d'épuisement professionnel, un triste constat s'impose : la santé du médecin n'a jamais été aussi mauvaise (5).

Depuis 2003, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a mis en place un observatoire sur la sécurité des médecins ayant pour but de répertorier toutes les difficultés auxquelles le médecin peut être confronté.

Dans son rapport de 2008 intitulé « Le médecin malade » (5), le CNOM dressait un tableau inquiétant sur la santé des médecins en insistant sur les risques liés à l'auto-prescription, la charge de travail, le stress et l'absence de suivi médical par un confrère médecin généraliste. 80% des médecins généralistes sont en effet leur propre médecin traitant.

Un nouveau rapport du CNOM en 2016 (6) fait de la santé du médecin un enjeu de santé publique. 60% des médecins répondant à l'étude se déclaraient en mauvaise ou moyenne santé et estimaient que leur rythme de travail avait des répercussions sur leur vie sociale et sur leur vie familiale.

Ainsi, confronté à sa santé ou à la maladie, le médecin peut avoir un comportement qui n'est pas celui qu'il préconise (4).

Cette problématique s'avère particulièrement importante en matière de prévention et notamment dans le cadre des dépistages de certains cancers. En effet, ces programmes nationaux restent encore trop insuffisamment suivis par la population générale (7). Mais le médecin généraliste, dont le rôle de chef d'orchestre dans le parcours de soins de ses patients a été renforcé en 2009 (8), n'est-il pas, paradoxalement, un frein à cette participation, du fait de son propre comportement ?

Le médecin généraliste participe-t-il aux campagnes de dépistage du cancer colorectal ? Fait-il l'effort de visiter un confrère ou une consœur pour pratiquer le frottis cervico-utérin dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus ? Réalise-t-il la mammographie recommandée dans le dépistage du cancer du sein ?

Pour apporter un élément de réponse à ses interrogations, nous avons cherché, dans le cadre de cette thèse, à évaluer la participation des médecins généralistes des départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne aux campagnes de dépistage organisé des cancers du sein et du côlon et au dépistage individuel du cancer du col de l'utérus via une étude descriptive quantitative rétrospective réalisée à partir d'un questionnaire.

Dans un premier temps nous allons présenter les thèmes abordés par cette étude. Puis nous décrirons la manière dont elle a été menée et nous préciserons les résultats obtenus. Enfin, nous analyserons nos résultats en les confrontant aux résultats de la population française.

Première partie : Le cancer du sein

I - L'histoire de la maladie

Le cancer du sein est une maladie qui se développe à partir des cellules qui constituent la glande mammaire. Une cellule initialement normale se transforme et se multiplie de façon anarchique et excessive, pour former une masse, appelée tumeur maligne (9).

On distingue différents types de cancers du sein, selon le type de cellules à partir desquelles ils se forment. Les cancers du sein les plus fréquents (95 %) sont des adénocarcinomes.

Il existe également d'autres formes, beaucoup plus rares, comme des lymphomes et des sarcomes (9).

L'adénocarcinome mammaire est une maladie diffuse de l'épithélium glandulaire avec passage de l'hyperplasie atypique au carcinome in situ puis à la tumeur invasive avec rupture de la membrane basale.

Le cancer débute le plus souvent dans les canaux galactophoriques (cancers canaux), parfois dans les lobules galactophoriques terminaux (cancers lobulaires).

Parmi les cancers épithéliaux, on distingue les formes non invasives ou in situ, des formes invasives ou infiltrantes. Les cancers in situ sont le plus souvent des cancers canaux in situ (CCIS) et représentent 85% des cancers in situ. Les cancers lobulaires in situ (CLIS) sont plus rares.

Lorsque les cellules cancéreuses ont infiltré le tissu qui entoure les canaux ou les lobules, on parle de cancer ou carcinome infiltrant.

L'extension se fait avant tout vers les ganglions axillaires de l'aisselle (de bas en haut ; puis vers le creux sus-claviculaire). Les sites métastatiques les plus fréquents sont le foie, les os et les poumons (9).

Ce cancer peut aussi apparaître chez l'homme, mais c'est extrêmement rare (moins de 1 % des cancers du sein).

Les circonstances de découverte sont dans 90 % des cas lors d'un dépistage systématique et dans 10 % des cas devant des éléments cliniques évocateurs (palpation d'une tumeur, écoulement, rétraction du mamelon etc...).

Outre le sexe (plus de 99 % des cancers du sein touchent les femmes), les quatre principaux facteurs de risque de cancer du sein sont :

- L'âge, qui est de loin le plus important (80 % des cancers du sein surviennent après 50 ans) ;
- Les antécédents personnels de maladie (par exemple cancer du sein, de l'ovaire et/ou de l'endomètre) ;
- Les antécédents familiaux de cancers (sein, ovaire, ...) ;
- Les prédispositions génétiques au cancer du sein.

D'autres facteurs ont également été identifiés :

- Les antécédents personnels d'irradiation thoracique ;
- Certains traitements hormonaux de la ménopause ;
- La consommation de tabac ;
- La consommation d'alcool ;
- Peu ou pas d'activité physique et le surpoids.

II - Le cancer du sein en chiffres

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquemment observé chez les femmes en France, comme dans l'Union européenne et aux États-Unis.

En 2017 en France, le cancer du sein reste de loin le cancer féminin le plus fréquent avec 59 000 nouveaux cas. Il représente plus du tiers de l'ensemble des nouveaux cas de cancer chez la femme. Viennent ensuite le cancer colorectal et le cancer du poumon.

La mortalité est estimée à 11 883 décès durant l'année 2017 chez la femme. Ce qui fait du cancer du sein le cancer le plus meurtrier. Mais cela risque de se modifier dans les années à venir avec une nette augmentation des décès dus au cancer du poumon avec 10 176 décès en 2017 et des tendances à la hausse (10).

Le cancer du sein fait partie des cancers de très bon pronostic. La survie nette standardisée à 5 ans est de 87 % pour les cancers diagnostiqués en 2005-2010 (11).

La survie dépend aussi de la précocité du diagnostic et donc du stade du cancer selon la classification TNM. Plus tôt est diagnostiqué le cancer et meilleur est le pronostic, tout en limitant les séquelles liées à certaines thérapeutiques (12).

III - Le dépistage du cancer du sein

A) Le niveau de risque

Le niveau de risque détermine la mode de dépistage

On définit trois niveaux de risque pour le cancer du sein (12).

- Les personnes à risque « très élevé » sont atteintes de mutations génétiques avec une prédisposition au cancer du sein. Il existe notamment les mutations familiales BRCA 1 ou BRCA 2. Cela justifie un suivi en oncogénétique et une surveillance particulière pour lesquelles le dépistage organisé du cancer du sein n'est pas adapté.
- Les personnes à risque « élevé » ont des antécédents personnels de cancer du sein ou de l'utérus ou certaines affections du sein (hyperplasie atypique ou affection proliférative bénigne) ou ont des antécédents personnels d'irradiation thoracique à haute dose avant l'âge de 30 ans, par exemple pour le traitement d'un lymphome de Hodgkin ou ont des antécédents familiaux de 1^{er} degré. Dans l'un de ces cas de figure, une surveillance spécifique est proposée et le dépistage organisé du cancer du sein n'est pas adapté.
- Les personnes à risque « moyen » sont les femmes qui ne présentent pas d'autre facteur de risque que leur âge. Elles sont donc éligibles au dépistage organisé du cancer du sein.

B) Le dépistage du cancer du sein en France

Un programme national de dépistage organisé du cancer du sein a été mis en place, en France, en 1994, par la Direction générale de la santé (DGS) et généralisé à tout le territoire au début de l'année 2004 conformément au 1^{er} Plan cancer. C'est le premier dépistage organisé mis en place en France.

Il a pour cible les femmes âgées de 50 à 74 ans à risque estimé « moyen ».

En sont exclues théoriquement les femmes présentant des facteurs de risque « élevés » ou « très élevés ».

Les femmes de 50 à 74 ans sont invitées à bénéficier tous les deux ans d'une mammographie de dépistage via un courrier envoyé par leur structure de gestion. La liste des radiologues agréés, du département concerné, est jointe à cette prise en charge. Pour pouvoir participer au programme, le radiologue dit « premier lecteur » s'engage à suivre une formation spécifique, de même que les manipulateurs en électroradiologie travaillant au sein de son centre d'imagerie, à effectuer au

minimum 500 mammographies par an et à faire contrôler ses installations chaque semestre par un organisme de contrôle de qualité externe agréé par l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé).

Le dépistage comprend un examen clinique réalisé par le médecin radiologue et deux clichés radiologiques par sein (de face et oblique externe). Si le radiologue « premier lecteur » le juge nécessaire, il peut également réaliser immédiatement des clichés complémentaires (localisé, profil) voire un bilan de diagnostic immédiat (échographie ou agrandissement).

Le résultat suit la classification BIRADS (Breast Imaging Reporting And Data System) de l'ACR qui est une classification internationale établie par l'American College of Radiology. Elle permet de déterminer une attitude commune en fonction d'une anomalie dépistée en imagerie mammaire.

Le dépistage est pris en charge à 100 % par l'assurance maladie, sans avance de frais.

Si aucune anomalie n'est décelée, la mammographie est ensuite systématiquement relue par un second radiologue. Cette seconde lecture centralisée est organisée et réalisée au niveau de la structure de gestion. Les radiologues « seconds lecteurs » sont des radiologues volontaires justifiant d'une formation spécifique et s'engageant à effectuer 2000 lectures par an (500 en qualité de premier lecteur et 1500 en qualité de second lecteur). Si une image est non explorée par le premier lecteur ou suspecte en deuxième lecture, les femmes sont rappelées pour effectuer un bilan diagnostique différé. Lorsqu'une anomalie est décelée, le radiologue premier lecteur effectue immédiatement un bilan diagnostique, pour raccourcir le délai d'une éventuelle prise-en-charge et éviter une attente angoissante pour la patiente (13).

La particularité du programme français a été de faire appel aux structures médicales existantes, en particulier de radiologie, sans créer d'unités spécialisées. Cette organisation aurait pu se substituer d'elle-même au dépistage opportuniste auquel la population française avait eu accès avant le démarrage du programme. Ainsi en novembre 2011, la HAS (14) préconisait de renforcer l'orientation des femmes ne présentant pas de facteur de risque élevé mais souhaitant bénéficier d'une mammographie, vers le dépistage organisé et de limiter les pratiques de dépistage individuel dans la population cible du dépistage organisé. Il avait même été envisagé, à cette époque, un arrêt de la prise en charge financière de la mammographie de dépistage individuel chez les femmes de 50 à 74 ans. Les organisations professionnelles de radiologues (FNMR et SFR) incitent régulièrement leurs pairs à proposer le dépistage organisé aux femmes se présentant avec une ordonnance de leur médecin hors mammographie de diagnostic, rappelant le gage de qualité apporté essentiellement par la deuxième lecture. Celle-ci permet de détecter 6 % de l'ensemble des cancers, s'en passer est une perte de chance pour la patiente. Pour autant, même s'ils sont convaincus de leur influence sur la participation des

femmes au dépistage organisé, les radiologues ne se sentent pas toujours autorisés à modifier la prescription du médecin (15).

Le programme tel qu'il est organisé depuis 2004 se fonde sur des recommandations nationales et européennes et ce sont les structures de gestion qui se chargent de sa mise en œuvre au niveau départemental (16)(17).

Les données de participation de la population et du suivi des dossiers positifs sont recueillies chaque année par les structures de gestion et sont transmises à Santé Publique France. Les indicateurs de performance du programme sont calculés pour estimer l'activité de dépistage, les résultats des dépistages et les cancers détectés.

Depuis janvier 2019, on observe une régionalisation des structures de gestion dont l'un des objectifs est de faciliter la collecte des données d'évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein mais aussi pour le dépistage organisé du cancer colorectal ainsi que le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Concernant notre région, dans les suites du rapprochement engagé par les structures de gestion normandes depuis janvier 2016 et dans l'optique d'une régionalisation, la création d'une association régionale du dépistage organisé des cancers avait été décidée par leurs Présidents. Les statuts de cette nouvelle association régionale « Normandie dépistage des cancers » ont été publiés au Journal Officiel le 28 janvier 2017. L'objet principal de cette association régionale était de pouvoir répondre à l'appel à candidatures pour la mise en place du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, tout en gardant les cinq entités juridiques et les structures départementales parfaitement identifiées par la population et les professionnels de santé.

Conformément à l'arrêté du 23 mars 2018, publié au Journal Officiel du 4 avril, l'organisation du dépistage organisé des cancers, reposant sur une structure de gestion par département, a évolué vers la mise en place d'un centre régional de coordination des dépistages des cancers. Cette organisation régionale est une des mesures du troisième Plan Cancer 2014-2019 (Action 16-4).

Ainsi, les structures de dépistage des cancers de Normandie : DECAD'E dans l'Eure, EMMA en Seine-Maritime, IRIS Manche dans la Manche, MATHILDE dans le Calvados et la régie départementale de la prévention et du suivi des cancers dans l'Orne ont fusionné le 1^{er} janvier 2019 au sein d'une structure régionale : DÉPISTAGE DES CANCERS, Centre de coordination, Normandie.

Les missions restent identiques :

- Dépistage organisé du cancer du sein
- Dépistage organisé du cancer colorectal

- Mise en place du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus au cours de l'année 2019, conformément à la mesure 1-1 du 3^{ème} Plan Cancer.

Le rôle du médecin traitant est transversal dans la prévention du cancer du sein.

En prévention primaire, il doit identifier les facteurs de risque et déterminer les modalités du dépistage. Il informe sur les bénéfices à pratiquer une activité physique régulière pour lutter contre la sédentarité et il donne des conseils diététiques pour lutter contre l'obésité. Il doit aborder l'aide au sevrage tabagique ainsi que les risques liés à la consommation d'alcool. Il doit repérer les difficultés culturelles, économiques et sociales pouvant limiter l'accès au dépistage.

En prévention secondaire, celui-ci pratique un examen clinique annuel et enseigne l'auto palpation. Il encourage sa patientèle à participer au dépistage organisé en donnant toutefois une information sur les bénéfices et les risques de ce dépistage pour une décision éclairée.

En prévention tertiaire, il assure et coordonne le suivi médical, social et psychologique. La prescription d'une activité physique adaptée est recommandée et diminue le risque de récurrence dans le cancer du sein (18).

C) Le dépistage dans le Calvados, la Manche et l'Orne

Le dépistage organisé du cancer du sein a été mis en place en Basse-Normandie par deux sites pilotes : l'Orne en premier lieu en 1992 et le Calvados en 1996. En 2003, suite au lancement du 1^{er} Plan Cancer, tous les départements français ont mis en place ce dépistage. L'entité juridique de ces structures de gestion départementales normandes ainsi créées était associative pour deux d'entre elles (MATHILDE et IRIS Manche) et sous forme de régie départementale pour l'Orne.

Le département de l'Orne fut précurseur dans la lutte contre les inégalités à l'accessibilité aux soins avec la mise en place dès 1992 de campagnes de dépistage gratuit du cancer du sein par unité de radiologie mobile, le mammobile 61. Il est aménagé pour recevoir les patientes, effectuer la mammographie et l'examen clinique. Ce camion sillonne toute l'année le département ce qui permet de toucher les populations rurales éloignées des centres de radiologie. En 2012, l'Orne est le premier département de France à mettre en circulation un mammobile équipé de technologies numériques.

Les femmes résidant dans un canton desservi par le mammobile reçoivent une convocation à se présenter au mammobile avec un rendez-vous précisé sur le courrier mais elles peuvent aussi modifier ce rendez-vous en appelant le numéro vert du service ou aller chez leur radiologue habituel.

Elles ont donc le choix entre effectuer leur dépistage au cabinet de radiologie ou à l'unité mobile de radiographie qu'est le mammobile dans le cadre de la première invitation. En cas de relance, la participation ne pourra se faire qu'au cabinet de radiologie.

IV - La participation au dépistage organisé du cancer du sein

A) En France

Après avoir atteint un taux de participation maximal de 52,7 % durant la campagne 2011-2012, le taux de participation s'est stabilisé et semble avoir amorcé une baisse depuis la campagne 2015-2016.

5 163 744 femmes ont été invitées en 2018 et 2 595 396 femmes se sont fait dépister, ce qui correspond à un taux de participation de 50,3 %. Ramené sur la campagne 2017-2018, le taux de participation est de 50,1 %, ce qui confirme la tendance à la baisse même si celle-ci tend à s'estomper (19).

La participation demeure nettement inférieure aux recommandations européennes, qui préconisent un taux de participation de 70 % afin d'obtenir une réduction significative de la mortalité par cancer du sein avec un coût raisonnable pour la société.

En France, comme dans les autres pays où il existe un programme national de dépistage, le principal facteur déterminant est l'environnement socio-économique avec un taux de participation plus faible pour les populations défavorisées (20). Cette lutte contre les inégalités d'accès est l'un des objectifs du plan cancer 2014-2019 (21).

L'offre médicale et l'accessibilité aux centres de radiologie jouent aussi un rôle déterminant dans la participation au dépistage du cancer du sein.

Depuis quelques années, des ouvrages ou articles à destination du grand public ou des professionnels de santé paraissent remettant en cause l'utilité du dépistage du cancer du sein.

Surdiagnostic, surtraitement, ces notions mises en avant peuvent faire douter les professionnels de santé et effrayer les patientes dont certaines ont le sentiment d'avoir été opérées ou subi des traitements lourds « pour rien » ou de façon excessive.

Ces articles sont particulièrement virulents lors des mois d'octobre, mois de mobilisation contre le cancer du sein et de promotion du dépistage organisé avec des titres volontairement provocateurs comme « cancer du sein ce qu'il faut savoir du dépistage : efficacité douteuse, diagnostics erronés, traitements inutiles » (Que choisir octobre 2012), ou des articles récurrents dans la revue Prescrire en

2012, puis en 2014 dont « dépistage du cancer du sein par mammographie diagnostics en excès : effet indésirable insidieux du dépistage » .

En 2015, dix ans après la généralisation du dépistage organisé du cancer du sein, et en partie pour répondre aux demandes des détracteurs de ce dépistage, Madame Marisol Touraine, ministre en charge de la Santé a saisi l'Institut National du Cancer (INCa) pour l'organisation d'une concertation citoyenne et scientifique. L'objectif était l'amélioration de la politique de dépistage du cancer du sein. D'octobre 2015 à avril 2016, tous les acteurs concernés par le dépistage (citoyen, professionnel de santé, institution, association...) pouvaient s'exprimer sur un site dédié.

À la suite de cette consultation, un plan d'action pour la rénovation du dépistage organisé du cancer du sein est présenté en avril 2017. Ce plan comporte 10 axes s'adressant aux femmes âgées de 50 à 74 ans, dont la mise en place d'une consultation à 50 ans dédiée à la prévention et au dépistage, la création d'outils de communication contenant les éléments pour une décision éclairée : les avantages mais aussi les risques et limites du dépistage, un accès facilité au dépistage, une qualité renforcée. Ce plan prévoit également une évaluation du risque et une approche personnalisée pour les femmes entre 25 et 50 ans avec notamment la création d'une consultation de prévention. A 25 ans, les femmes seront invitées à consulter leur médecin traitant ou gynécologue dans le cadre d'une consultation dédiée à la prévention et au dépistage. Le niveau de risque doit être déterminé afin de proposer à chaque femme un suivi personnalisé. Enfin, il est prévu un suivi personnalisé chez les femmes à partir de 75 ans.

Malgré ces mesures prévoyant une information accrue et un suivi personnalisé en fonction du niveau de risque, les polémiques perdurent. Un collectif réunissant des médecins de différentes spécialités s'organise en association « Cancer rose » et crée leur propre site d'information sur le dépistage du cancer du sein, la page d'accueil mentionne que ce site a pour but de « *vous faire connaître les données scientifiques les plus objectives et les plus récentes sur le dépistage du cancer du sein, celles auxquelles vous avez droit, et dont on vous prive lors de la campagne rose* ». (22)

Plus récemment en avril 2018, une lettre ouverte est adressée à l'INCa par un collectif regroupant entre autres Formindep, Cancer Rose, UFC Que Choisir accusant cette institution de ne pas évoquer sur son nouveau site d'information « prévention et dépistage du cancer du sein » les risques liés à ce dépistage et notamment le surdiagnostic. Cette lettre ouverte a été citée dans de nombreux médias radio, réseaux sociaux et presse féminine.

En novembre 2018, le Professeur Norbert Ifrah, Président de l'INCa, s'inquiète de la baisse de participation et considère que les détracteurs de ce dépistage « *peu nombreux mais très actifs, sont irresponsables* » et rappelle que le dépistage précoce, allié aux progrès thérapeutiques, permet d'éviter entre 15 et 20 % de décès (23).

Ces polémiques sont régulièrement évoquées pour expliquer le faible taux de participation au dépistage organisé et la baisse de celui-ci depuis quelques années, mais nous ne pouvons en être certains d'autant que le dépistage individuel ne semble pas affecté par ces éléments de communication contradictoires. Celui-ci était estimé à 10 % de la population cible en 2011-2012 par l'InVS et entre 10 et 15% à présent par l'INCa (9).

B) Dans le Calvados, la Manche et l'Orne

Avec une participation de 137 008 femmes durant la campagne de 2017-2018 dans les départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne, le taux de participation est supérieur à la participation française avec un taux estimé à 55,6 % mais reste inférieur aux recommandations européennes.

Dans le Calvados, 62 303 femmes se sont fait dépister sur 111 539 femmes éligibles au dépistage. Le taux de participation est estimé à 55,9 % sur la campagne 2017-2018.

La Manche représente le taux de participation le plus important des trois départements de l'ex-Basse-Normandie avec un taux de 56,2 % (47 874 femmes dépistées sur 85 179 éligibles).

Le département de l'Orne reste le taux de participation le plus faible mais est néanmoins au-dessus de la moyenne nationale avec un taux de 53,8 % (19).

Selon une étude rétrospective, la mise en place du mammobile dans l'Orne a permis de diminuer les inégalités sociales et géographiques de la participation au dépistage organisé du cancer du sein (24).

En annexe 4 se trouve la carte de participation par canton à la campagne du dépistage organisé du cancer du sein 2016-2017 pour ces trois départements. Celle-ci met bien en évidence le rôle important que joue la proximité des centres de radiologie sur la participation à la mammographie de dépistage. Il est d'autant plus marqué pour le département du Calvados. Le département de l'Orne, via le mammobile, a su faire participer les femmes résidant dans les cantons pourtant éloignés des centres de radiologie.

V - Le dépistage du cancer du sein chez les médecins généralistes

Une large étude sur la santé des médecins généralistes français de la DRESS datant de 2010 a mis en évidence une forte participation des médecins généralistes aux dépistages des cancers gynécologiques.

83 % des médecins femmes âgées de 50 à 74 ans ont déclaré avoir réalisé au cours des deux dernières années une mammographie de dépistage, conformément aux recommandations de bonne pratique et aux programmes de dépistage organisés sur l'ensemble du territoire depuis 2004 (25).

Une participation équivalente a été retrouvée chez les médecins généralistes bas-normands dans l'étude de l'Observatoire Régional de Santé de Basse-Normandie réalisée conjointement avec L'URML de Basse-Normandie en 2011 (26).

En 2015, 72 % des médecins généralistes femmes de Franche-Comté âgées de 50 à 74 ans déclaraient avoir réalisé une mammographie dans les deux ans (13) contre 76 % des médecins généralistes franciliens dans une étude de 2017 (27).

D'après la littérature scientifique, les médecins généralistes femmes sont clairement impliquées dans le dépistage du cancer du sein.

Deuxième partie : Le cancer colorectal

I - Histoire de la maladie

Le côlon et le rectum contiennent différents types de cellules qui peuvent, chacun, être à l'origine d'une forme de cancer spécifique. Mais dans la plupart des cas, les cancers colorectaux se développent à partir des glandes qui tapissent l'intérieur de la paroi du côlon et du rectum. Cette forme de cancer est appelée adénocarcinome.

Il existe d'autres types de tumeurs cancéreuses mais celles-ci sont beaucoup plus rares : les tumeurs carcinoïdes, les sarcomes et les lymphomes.

La grande majorité des adénocarcinomes coliques dérive d'un polype adénomateux. Tous les adénomes ne se transforment pas en cancer. Le plus souvent, ils sont petits (moins d'un centimètre de diamètre) et restent bénins. Cependant, avec le temps, certains se mettent à grossir et finissent par se transformer en cancer. Cette transformation prend en moyenne entre 10 et 15 ans. On estime que sur 1000 adénomes, 100 atteindront 1 cm et 25 d'entre eux deviendront cancéreux (28).

Du fait de son évolution lente, les symptômes ne se manifestent que tardivement dans le développement de la maladie (29).

II - Le cancer colorectal (CCR) en chiffres

En 2017 en France, ont été diagnostiqués 44 872 nouveaux cas de cancer colo-rectaux dont 20 837 femmes et 24 035 hommes.

Ce qui fait du cancer colorectal le 2^{ème} cancer le plus fréquent après le cancer du sein chez la femme et le 3^{ème} cancer le plus fréquent chez l'homme après le cancer de la prostate et du poumon.

La mortalité est estimée à 17 684 décès durant l'année 2017, dont 8 390 femmes et 9 294 hommes faisant du cancer colorectal la 2^{ème} cause de décès par cancer en France après le cancer du poumon (30).

Il est diagnostiqué après 50 ans dans 95 % des cas.

L'âge médian du diagnostic en 2015 est de 71 ans chez l'homme et 75 ans chez la femme.

Le CCR a une incidence plus importante chez les hommes que chez les femmes avec un ratio homme/femme égal à 1,5 pour le cancer colorectal et égal à 2 pour les adénomes (31).

L'incidence du cancer colorectal a augmenté ces dernières années mais, parallèlement, la mortalité diminue grâce aux progrès de la prise en charge et à la mise en place des stratégies de dépistage.

Le cancer colorectal représente le candidat idéal pour un dépistage organisé à large échelle en raison de sa grande fréquence, du long délai (au moins dix ans) entre l'apparition d'un polype bénin et sa dégénérescence et, enfin, de l'efficacité du traitement, avec une guérison dans neuf cas sur dix s'il est dépisté suffisamment tôt (32).

Le taux de survie de ce cancer dépend de plusieurs facteurs pronostiques : le stade du cancer, l'atteinte ganglionnaire, la présence de métastases, la profondeur de l'envahissement pariétal, l'invasion d'organes de voisinage et la précocité du traitement (33).

Le cancer colorectal a un bon pronostic s'il est diagnostiqué à un stade précoce avec des taux de survie à 5 ans de (suivant la classification TNM) :

- 94% s'il est diagnostiqué au stade I
- 80% au stade II
- 47% au stade III
- 5% au stade IV (31).

III - Le dépistage du cancer colorectal

A) Le niveau de risque

On définit trois niveaux de risque pour le cancer colorectal.

En France, la stratégie de dépistage du CCR se décline selon le niveau de risque :

- Les personnes à risque « très élevé » (risque de CCR vie entière de 40 à 100 %) sont atteintes d'une mutation prédisposant à ce cancer (le syndrome de Lynch, la polyadénomatoase familiale). Elles justifient d'un suivi en oncogénétique et d'une surveillance par coloscopie ou parfois chromo-coloscopie (marquage de certaines zones du tube digestif).
- Les personnes à risque élevé (risque de CCR vie entière de 4 à 10 %) ont des antécédents personnels ou familiaux au premier degré d'adénomes ou de cancers colorectaux, ou sont atteints de maladies inflammatoires intestinales (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique). Un dépistage par coloscopie doit alors être proposé.
- Les autres personnes sont considérées à risque moyen (risque de CCR vie entière de 3 à 4 %) et sont la cible du programme national de dépistage (34)(35).

B) L'organisation du dépistage du cancer colorectal en France

Après une phase pilote sur 23 départements métropolitains, le dépistage organisé du cancer colorectal a été généralisé à l'ensemble du territoire à partir de 2008.

Depuis 2010, ce programme couvre tous les départements français, à l'exception de Mayotte.

Le programme de dépistage du cancer colorectal est placé sous l'autorité du ministre en charge de la Santé. Il est co-piloté au niveau national par la Direction générale de la Santé et l'Institut National du cancer (INCa). L'Institut de Veille Sanitaire (InVS) est chargé de son évaluation.

Le dépistage est coordonné au niveau local par des structures de gestion départementales ou depuis peu, par des structures de gestion régionales (13).

La structure de gestion du point de vue administratif est le plus souvent une association Loi 1901. Celle-ci doit organiser et évaluer le programme de dépistage.

C) L'organisation du dépistage du cancer colorectal dans le Calvados, la Manche et l'Orne

Le dépistage du cancer colorectal a démarré en 2004 dans les départements de l'Orne et du Calvados et en 2008 dans le département de la Manche. La généralisation de ce dépistage figurait également dans les mesures du 1^{er} Plan Cancer.

D) Les modalités du dépistage colorectal en France

La prévention du CCR repose en grande partie sur l'exérèse des lésions adénomateuses colorectales (4), lésions précoces qui peuvent être détectées par le dépistage, via la recherche de sang dans les selles.

La population cible de ce dépistage organisé est constituée des hommes et des femmes âgés de 50 à 74 ans à niveau de risque moyen (36).

Les structures de gestion invitent, par courrier, tous les hommes et les femmes âgés de 50 à 74 ans à consulter leur médecin traitant dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal.

Celui-ci a un rôle clé puisqu'il choisit le test le plus adapté aux antécédents de son patient en déterminant le niveau de risque de CCR.

Si le risque est estimé moyen, le patient est éligible au test de recherche de sang dans les selles tous les 2 ans jusqu'à 74 ans en cas de tests négatifs.

En cas de test positif, le dépistage doit être complété d'une coloscopie.

Seule la coloscopie permet de confirmer la présence d'un polype. Tout test positif doit donc être suivi de cet examen.

Si la coloscopie est négative, le patient réintègre le programme de dépistage organisé après un délai de 5 ans.

Si la coloscopie identifie des lésions coliques, la prise en charge thérapeutique sera fonction des résultats de l'analyse anatomopathologique (31).

En France, c'est le seul dépistage validé qui ne requiert ni un acte technique du médecin comme le frottis cervico-utérin (FCU), ni la prescription d'un bilan biologique ou d'un examen d'imagerie. Le patient doit réaliser un test chez lui, dont les modalités doivent être expliquées par le médecin traitant (36).

Entre 2009 et 2014, le test de dépistage de référence était Hemoccult II®, ou test au gaïac. C'était une méthode colorimétrique à lecture visuelle. Le test était positif en cas de coloration bleue du gaïac oxydé par l'activité pseudo-peroxydasique de l'hème présent dans l'hémoglobine. Sa sensibilité (probabilité que le test soit positif en cas de patient malade) était de 50 % et sa spécificité (probabilité que le test soit négatif en cas de patient sain) était de 97 %. Sa faible sensibilité représentait un frein à la généralisation et au succès du dépistage dont le taux de participation ne dépassait pas les 30 %.

Cette trop faible participation pouvait aussi s'expliquer par le nombre de prélèvements de selles nécessaires : deux prélèvements par selle, sur trois selles consécutives.

Un nouveau test de dépistage est donc choisi en vue d'augmenter le taux de participation et de rendre plus efficient le programme de dépistage (36).

Ce test immunologique est initialement proposé dans certains départements pilotes, notamment dans le Calvados avec le test Magstream® utilisé seul en population générale dès 2008, puis remplacé en 2012 par le test OC-Sensor® pour se généraliser dans la France entière en avril 2015. La HAS notait en décembre 2008 que les données disponibles concernant les tests immunologiques étaient suffisantes pour recommander sans attendre la substitution des tests au gaïac par ces tests à lecture automatisée (37). Cette substitution a été effective en mai 2015 seulement et après un arrêt de la campagne de plusieurs mois.

Ce nouveau dispositif est plus sensible et permet de détecter 2,4 fois plus de cancers et 3,7 fois plus d'adénomes avancés (lésions précancéreuses) que l'ancien test au gaïac (29)(36).

Il s'agit d'un test immunologique quantitatif qui détecte l'hémoglobine grâce à des anticorps spécifiques de la globine humaine. Il ne sera donc pas rendu positif en présence d'hémoglobine animale issue de l'alimentation.

Le taux d'hémoglobine humaine est alors exprimé en μg /quantité de selles. Le seuil de positivité, modulable, a été fixé à plus de 30 $\mu\text{g}/\text{g}$ pour un meilleur équilibre sensibilité/spécificité (38) (39).

Dans ces conditions, 4 à 4,5 % des tests réalisés sont attendus positifs (32).

L'automatisation de la lecture garantit à la fois la fiabilité et la reproductibilité des procédures de recherche de sang occulte dans les selles, ce qui permet d'en renforcer l'assurance qualité (40).

Il ne nécessite qu'un seul prélèvement. En effet, selon les études du docteur Guittet, il a été démontré que la réalisation d'un seul prélèvement de test immunologique avec un seuil de positivité bas conduit aux mêmes performances que deux prélèvements de test immunologique avec un seuil plus élevé, tant du point de vue de la sensibilité, que de la spécificité (41).

Le principe de remise du test est resté le même, avec l'envoi d'un courrier et de deux relances à plusieurs mois d'intervalle. Le médecin traitant reste le pilier de ce dépistage.

En prévention primaire, le médecin généraliste doit identifier les facteurs de risque et déterminer les modalités du dépistage. Il doit informer les risques liés à la consommation d'alcool, aborder l'aide au sevrage en cas de tabagisme et mettre en avant les bénéfices à la pratique d'une activité physique régulière pour lutter contre la sédentarité et conseiller d'adopter un régime alimentaire adapté pour lutter contre l'obésité.

En prévention secondaire, le médecin traitant oriente vers le spécialiste les personnes à risque élevé ou très élevé. En cas de risque moyen, son rôle est déterminant dans la distribution du test. Il doit encourager son patient à y participer, expliquer les modalités du test et donner une information complète sur l'attitude à adopter en cas de test positif ou négatif.

En prévention tertiaire, il assure et coordonne le suivi médical, social et psychologique. La prescription d'une activité physique adaptée est aujourd'hui recommandée. Elle a montré une diminution du risque de récurrence dans le cancer colorectal et un gain de survie globale et spécifique (18).

Les résultats sont envoyés au médecin traitant et à la personne 15 jours après sa réalisation.

En mars 2019, des modifications ont été réalisées sur le cahier des charges du dépistage organisé du cancer colorectal, qui introduisent de nouvelles modalités de remise du kit de dépistage. Le kit de dépistage peut être remis par le médecin traitant, par un spécialiste (gynécologue et hépatogastroentérologue) et par un médecin de centre d'examen de santé du régime général d'assurance maladie. L'envoi postal du kit peut être effectué à la seconde relance pour les personnes ayant participé au moins à trois campagnes précédentes (42).

IV- La participation au dépistage colorectal

A) En France

Beaucoup d'espoirs étaient portés sur le test immunologique pour permettre une meilleure adhésion de la population française au dépistage du cancer colorectal. Mais la participation reste encore trop faible et il n'y a pas eu d'augmentation de la participation, comme attendu suite au changement de test. Selon les données de InVS, la campagne 2017-2018 retrouve un taux de participation de 32,1 % tous sexes confondus. Ce taux est encore plus faible que durant la campagne précédente 2016-2017 qui était de 33,5 %.

Le taux de participation reste très inférieur à l'objectif européen minimal acceptable de 45 % pour que le programme de dépistage ait un rapport efficacité/coût positif. Le taux de personnes ayant un test immunologique positif (4,0 %) est conforme à l'attendu (43).

B) Dans le Calvados, la Manche et l'Orne

Le taux de participation reste encore nettement inférieur à l'objectif européen même si le taux par département est supérieur au taux national.

L'Orne a le taux de participation le plus important parmi ces trois départements avec un taux estimé à 37,2 % tous sexes confondus durant la campagne de 2017-2018 (30 901 patients dépistés sur 97 357 éligibles au dépistage). Le taux de participation est plus élevé pour les femmes que pour les hommes. Les femmes ont un taux de participation de 39,8 % (16 893 femmes dépistées et 49 892 femmes éligibles) contre 34,8 % pour les hommes (14 008 hommes dépistés et 47 465 hommes éligibles).

La Manche a un taux de participation de 34,8 % tous sexes confondus (51 045 participants et 167 225 éligibles) et présente aussi une meilleure participation pour les femmes que pour les hommes : 37 % (27 592 femmes dépistées sur 85 180 possibles) contre 32,8 % (23 453 hommes dépistés et 82 045 hommes éligibles).

Le Calvados présente un taux de participation pour les deux sexes de 32,8 % (60 871 patients dépistés sur 212 054 éligibles au dépistage).

Le taux de participation des femmes est estimé à 34,6 % (33 917 femmes dépistées sur 111 539 patientes éligibles) et le taux masculin à 30,8 % (26 954 hommes dépistés et 100 515 hommes éligibles) (43).

V - Le dépistage du cancer colorectal chez les médecins généralistes

En 2010 a été mis en évidence un taux de participation au dépistage du cancer colorectal par le test Hemocult® de seulement 36 % des médecins hommes et 34 % des médecins femmes (25).

Ce faible taux de participation s'est vu confirmer lors de l'étude sur la santé des médecins généralistes bas-normands de 2011 : 40,5 % des hommes et 30 % des femmes âgés entre 50 et 74 ans, avait réalisé leur propre test de dépistage (26).

En 2015, 51,5 % des médecins généralistes de Franche-Comté tous sexes confondus avait réalisé un test Hemocult® (53,6 % des hommes et 49,3 % des femmes) (13).

En Ile-de-France en 2017, 46 % des femmes médecins généralistes et 33 % des hommes médecins généralistes étaient à jour de leur dépistage par le test immunologique. Le taux de participation tous sexes confondus était de 39,5 % (27)(44).

Le taux de participation des médecins généralistes semble être plus important que celui de la population générale mais cela reste inférieur au taux recommandé de 45%. Les hommes participent plus que les femmes dans les études réalisées avec le test Hemocult®.

Troisième partie : Le cancer du col de l'utérus

I - Le cancer du col de l'utérus en chiffres

En France, le cancer du col de l'utérus représente la 12^{ème} cause de cancer avec 3 000 nouveaux cas par an.

La mortalité est estimée à environ 1 100 décès annuels faisant de lui la 12^{ème} cause de mortalité par cancer chez la femme (45).

L'âge moyen du diagnostic est de 56 ans.

L'incidence et le taux de mortalité du cancer du col de l'utérus ont fortement diminué depuis les années 80 mais cette décroissance ralentit depuis 2000.

L'incidence a diminué de 1,3% par an entre 2000 et 2012. La diminution du taux de mortalité est estimée à 2,0% par an sur ces mêmes années (43).

Le taux de survie à 5 ans a diminué. Pour les cas diagnostiqués entre 2005 et 2010 il est de 64% alors qu'il était de 68% pour les cas diagnostiqués entre 1989 et 1991 (47). L'hypothèse évoquée pour expliquer ce phénomène est que, grâce à l'effet du dépistage, on diagnostique moins de cancers au stade invasif, mais ceux qui sont diagnostiqués sont de plus mauvais pronostic (48).

II - L'histoire de la maladie

Le cancer du col de l'utérus est une pathologie d'origine infectieuse. C'est le premier cancer à être reconnu par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme étant attribuable, dans près de 100% des cas, à une infection virale par un ou plusieurs papillomavirus humains à haut risque oncogène (HPV-HR).

Cette infection sexuellement transmissible est le plus souvent asymptomatique et disparaît spontanément mais, lorsqu'elle persiste, elle peut aboutir à la formation de lésions précancéreuses qui peuvent évoluer vers un cancer invasif du col de l'utérus en 15 à 20 ans (48).

Une vingtaine d'HPV ont été identifiés comme pouvant être à l'origine du cancer du col de l'utérus. Les plus fréquemment en cause en Europe de l'Ouest sont les HPV de génotypes 16 et 18, responsables de près de 70% des cancers du col de l'utérus (48).

La quasi-totalité des cancers invasifs du col de l'utérus sont des carcinomes épidermoïdes (85%). Ils se développent à partir de l'épithélium malpighien de l'exocol. Les adénocarcinomes se développent à partir de l'épithélium glandulaire de l'endocol et représentent près de 15% des autres cancers du col de l'utérus.

Il existe d'autres formes rares de cancers du col de l'utérus comme le sarcome, le mélanome ou le lymphome (49).

La persistance du virus HPV au niveau du col utérin peut être favorisée par certains facteurs : le tabagisme actif, l'existence d'autres infections génitales associées, l'utilisation au long cours de contraceptifs oraux ou encore un déficit immunitaire acquis.

L'apparition d'un cancer nécessite un passage par des lésions précancéreuses qui sont de deux types :

- les lésions malpighiennes intra-épithéliales de bas grade (LSIL)
- les lésions malpighiennes intra-épithéliales de haut grade (HSIL)

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

Le passage du stade de l'infection à des lésions de bas grade met entre 2 et 5 ans. Il peut s'écouler 4 à 5 ans entre les lésions de bas grade et de haut grade. Enfin, le passage des lésions de haut grade au carcinome invasif met entre 9 et 15 ans (49).

Cette évolution lente et l'existence de lésions précancéreuses curables fait du cancer du col de l'utérus un candidat idéal au dépistage. La vaccination anti-HPV est une méthode préventive complémentaire.

III - La prévention du cancer du col de l'utérus

A) La prévention primaire : la vaccination anti-HPV

Il existe deux vaccins recombinés dirigés contre certains HPV :

- le Gardasil® est efficace contre les génotypes 6, 11, 16 et 18.
- le Cervarix® est tourné contre les génotypes 16 et 18.

Leur but est de stimuler l'immunité et de limiter le risque d'implantation du virus au niveau du col de l'utérus.

Ce vaccin ne protège pas les femmes déjà infectées par ces génotypes et n'a donc aucune efficacité thérapeutique dans ce cas là. Son bénéfice est d'autant plus important que le patient n'a pas encore été en contact avec le virus.

La vaccination prophylactique est recommandée en France pour toutes les jeunes filles de 11 à 14 ans, depuis le 28 septembre 2012, avec rattrapage pour les jeunes filles de 15 à 19 ans révolus qui ne seraient pas encore vaccinées (48).

Il n'y a pas en France de campagne systématique de vaccination, celle-ci est de décision individuelle.

Au 31 décembre 2017, la couverture vaccinale contre les HPV des jeunes filles de 16 ans était de 21,4 %. Malgré une légère hausse du taux de couverture vaccinale depuis deux ans, il reste très faible par rapport aux taux des autres pays qui ont introduit la vaccination contre les HPV (50).

Il importe donc de relancer cette vaccination, en veillant à sa complémentarité avec le dépistage. Les jeunes filles non vaccinées avaient un profil socioéconomique similaire à celui des femmes qui échappent au dépistage (51).

B) Le dépistage et diagnostic précoce: le frottis cervico-utérin (FCU)

Le FCU est le test de dépistage de référence des lésions pré-cancéreuses et cancéreuses du col utérin. C'est un examen cytologique qui consiste en un prélèvement de cellules épithéliales situées à la jonction entre la muqueuse malpighienne de l'exocol et la muqueuse glandulaire de l'endocol.

La procédure a été décrite initialement en 1943 par Papanicolaou avec un étalement sur lame du prélèvement. Le test recommandé en 2019 est un test en phase liquide.

Le frottis en milieu liquide permet notamment l'utilisation du matériel résiduel pour d'autres méthodes diagnostiques, en particulier la détection de l'ADN de l'HPV.

L'interprétation du FCU par les anatomo-cytopathologistes se base actuellement sur le système de Bethesda 2001 et détermine le type et le degré de gravité de l'anomalie cytologique éventuelle (52).

IV - Le dépistage du cancer du col de l'utérus en France

A) Vers un dépistage organisé

La diffusion du dépistage par frottis depuis les années 1960 a été contemporaine de la forte diminution de cette pathologie dans les pays industrialisés.

Entre les années 1990 et 2010 en France, le dépistage est individuel. Il est réalisé à l'initiative du médecin ou de la patiente. Un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus s'est mis en place sous la forme d'initiatives locales selon différentes modalités.

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

Ce taux de couverture du dépistage n'atteint pas l'objectif cible de 80 % fixé par la loi de Santé Publique du 9 août 2004 et ce, d'autant plus, qu'il a même diminué de 53,5 % à 50,8 % entre 2007 et 2014 selon les données de l'Echantillon Généraliste des Bénéficiaires (EGB) (51).

C'est pourquoi le Plan Cancer 2014-2019 a recommandé la mise en place d'un programme national de dépistage organisé (21).

En vue de sa généralisation, une expérimentation a été menée pendant 3 ans dans 13 départements : l'Isère, la Martinique, l'Alsace (2 départements), l'Auvergne (4 départements), le Cher, l'Indre-et-Loire, le Maine-et-Loire, La Réunion et le Val-de-Marne.

Il a été mis en évidence une nette augmentation du nombre de femmes réalisant cet examen suite à la mise en place du dépistage organisé dans ces différents départements. Le taux de couverture global du dépistage est estimé à 62 % avec une très grande variabilité selon les départements : 41,6 % en Martinique pour le taux le plus faible et 72,5 % en Alsace pour le taux le plus important.

L'étude confirme la forte participation des femmes jeunes (moins de 35 ans) par rapport aux femmes plus âgées (60-65 ans) (46).

Le succès d'un tel dispositif repose sur la mobilisation de professionnels de santé, du secteur social et médicosocial et l'implication de collectivités territoriales. Grâce à la généralisation à l'échelle nationale, l'objectif est que le taux de couverture du dépistage dans la population cible passe de 60 % à 80 % et que le dispositif soit plus facilement accessible aux populations vulnérables ou les plus éloignées du système de santé. En effet, les populations les moins touchées par le dépistage en France sont les femmes ménopausées et les classes sociales défavorisées (47).

B) Les modalités du dépistage organisé

Le programme de dépistage organisé a été lancé le 4 mai 2018 avec la publication de l'arrêté relatif à son organisation. Son objectif est de réduire l'incidence et le nombre de décès par cancer du col de l'utérus de 30 % à 10 ans, en atteignant 80 % de taux de couverture dans la population cible et en rendant le dépistage plus facilement accessible.

Le FCU est recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS) chez les femmes asymptomatiques de 25 à 65 ans, tous les 3 ans après 2 frottis normaux réalisés à 1 an d'intervalle (sauf chez les femmes ayant eu une hystérectomie et les femmes n'ayant jamais eu de rapports sexuels) (34).

Un rythme de dépistage plus important ou plus précoce n'apporte pas de bénéfice et augmente les risques de sur-diagnostic et de sur-traitement (53).

Dans les situations suivantes, le dépistage du cancer du col de l'utérus n'est pas recommandé:

- les femmes ayant une infection sexuellement transmissible en cours d'évolution ou de traitement ;
- les femmes ayant des signes fonctionnels ou cliniques faisant suspecter un cancer du col de l'utérus (elle relève d'un examen immédiat à visée diagnostique) ;
- les femmes ayant eu un traitement conservateur (cryothérapie, vaporisation laser, conisation au bistouri à froid ou au laser, résection à l'anse diathermique...) pour une lésion précancéreuse ou cancéreuse du col de l'utérus. Ces situations relèvent d'un suivi spécifique selon les recommandations en vigueur et la reprise du dépistage doit être évaluée par le professionnel de santé assurant le suivi gynécologique ;
- les femmes dans les situations suivantes présentant un risque majoré de cancer du col de l'utérus qui nécessite un suivi particulier mais ne devant pas être exclues de la population cible du programme : les femmes immunodéprimées (infectées par le VIH, sous traitement immunosuppresseur, greffées ou ayant une immunodépression constitutionnelle); les femmes exposées au diéthylstilbestrol (deuxième génération).

La mise en place d'un programme de dépistage organisé national vise à améliorer la qualité du dépistage et du suivi de toutes les femmes. Sa mise en œuvre est confiée aux structures en charge de la gestion des dépistages organisés des cancers du sein et colorectal (54).

La structure en charge de la gestion des dépistages des cancers adresse personnellement aux femmes ne participant pas spontanément au dépistage un courrier les invitant à consulter leur médecin traitant, gynécologue, ou sage-femme pour réaliser le dépistage.

Une relance est adressée 12 mois après l'invitation aux femmes qui n'auraient pas encore réalisé le dépistage après l'invitation.

Au démarrage du programme, il est recommandé d'inviter en priorité toutes les femmes des tranches d'âges les plus élevées de la population cible (62 à 65 ans échus). Elles pourront ainsi bénéficier au moins une fois du dépistage organisé, et être conseillées par leur médecin sur l'opportunité de bénéficier d'un suivi individuel.

Dans la prévention du cancer du col de l'utérus, le médecin traitant joue alors un rôle pivot.

En prévention primaire, il doit identifier les facteurs de risque, aborder l'aide au sevrage tabagique et proposer la vaccination anti-HPV aux patientes éligibles. Il doit repérer les difficultés culturelles, économiques et sociales pouvant limiter l'accès au dépistage.

En prévention secondaire, celui-ci propose la réalisation d'un FCU en expliquant le rythme recommandé.

En prévention tertiaire, il assure et coordonne le suivi médical, social et psychologique.

V - La participation au dépistage du cancer du col de l'utérus en France

Le taux de participation au dépistage en France est estimé à 61,2 % sur 5 ans sur la période 2010-2014 (50).

Le rythme de dépistage constaté n'est pas adapté aux recommandations : parmi les femmes éligibles au dépistage du cancer du col de l'utérus, celles qui respectent strictement l'intervalle de dépistage est de 7,8 %.

51,6 % des femmes réalisent un dépistage à un rythme « sous optimal » avec un intervalle entre FCU supérieur à 3 ans.

40,6 % réalisent un sur-dépistage avec un FCU tous les 2 ans ou tous les ans (53).

Des caractéristiques particulières de non-participation au dépistage ont été mise en évidence : le taux de non-participation au dépistage augmente avec l'âge et notamment pour les femmes de plus de 50 ans. Il en est de même pour les femmes en situation de santé défavorable en lien avec une ALD, une invalidité ou qui ont un moindre recours au système de soin.

Les caractéristiques sociales et économiques sont déterminantes aussi dans la non-participation au dépistage comme les femmes bénéficiant de la CMU-c, les femmes vivant dans une commune identifiée comme défavorisée ou les femmes en situation irrégulière (47).

VI - Des mesures spécifiques ciblées

Pour lutter contre les inégalités d'accès, des actions spécifiques doivent être mise en place en direction de certaines populations vulnérables et/ou éloignées du système de santé.

Comme il vient d'être annoncé, des caractères spécifiques ont été mis en évidence concernant les femmes ne participant pas au dépistage du cancer du col de l'utérus (47). C'est à partir de ces données qu'une mise en place de stratégies complémentaires peut avoir un impact positif sur la participation au dépistage de ce cancer : accompagnement au dépistage, médiation sanitaire, auto-prélèvements, unités mobiles, etc.

En Indre-et-Loire a été réalisée une étude sur l'auto-prélèvement vaginal. Les femmes n'ayant pas répondu à l'invitation à réaliser leur FCU reçoivent à domicile un kit d'auto-prélèvement vaginal. Alors que les simples courriers de relance n'ont pas d'efficacité, l'envoi de ce kit permet de doubler la participation au dépistage (22,5 % versus 11,7 %) (55).

Faut-il donc utiliser cette technique comme méthode de relance systématique des femmes non dépistées après la première invitation incitant à réaliser le FCU ?

Dans tous les cas, il est primordial de mettre en place des interventions socialement différenciées pour ne pas exacerber les inégalités pré-existantes. En effet, la plupart des campagnes de prévention qui ne se fixent pas pour but la diminution des inégalités, même lorsqu'elles ont atteint leur objectif d'amélioration de la santé de la population générale, augmentent les inégalités du fait d'une meilleure appropriation par les populations les plus favorisées (18).

Développer des stratégies adaptées pour atteindre les femmes réfractaires au dépistage du cancer du col de l'utérus est l'un des enjeux de ce dépistage organisé et en fait sa spécificité.

VII - Le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les médecins généralistes

D'après l'étude de la DRESS réalisée en 2010, 79 % des médecins femmes ont déclaré avoir réalisé au cours des trois dernières années un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus. Les plus jeunes sont plus nombreuses à réaliser ce dépistage que leurs aînées : 88 % pour les 35-39 ans contre 66 % pour les 60-64 ans (25).

77 % des médecins femmes étaient à jour de leur dépistage du cancer du col de l'utérus dans l'étude réalisée chez les médecins généralistes bas-normands de 2011 (26).

En Franche-Comté en 2015, 51,9 % des médecins généralistes femmes disaient être à jour suivant un rythme adapté de un FCU tous les trois ans. Près de 40 % des femmes médecins était sur-dépistées (13).

Parmi les médecins généralistes femmes d'Ile-de-France, 30 % ont un dépistage adapté et 36 % se font sur-dépister (20).

La population médicale semble avoir un taux de participation plus important que la population générale mais sans pour autant respecter le rythme recommandé par la HAS.

Quatrième partie : Autres cancers

I - Les cancers cutanés

Les cancers de la peau sont soit des carcinomes cutanés, soit des mélanomes.

Les plus fréquents sont les carcinomes : ils représentent 90 % de l'ensemble des cancers cutanés.

Ils surviennent généralement après l'âge de 50 ans, sur les zones découvertes du corps. Contrairement au mélanome de la peau, le point de départ de ces cancers cutanés n'est pas les mélanocytes mais d'autres cellules, les kératinocytes, également situées dans l'épiderme. On en distingue deux types :

- les carcinomes basocellulaires, qui sont de bon pronostic, ont une évolution lente et un envahissement local. Les facteurs de risque sont, sur le plan individuel, le phototype clair, la prédisposition génétique et l'âge. L'exposition solaire forte et intermittente lors des loisirs, la

PUVA thérapie, l'exposition aux radiations ionisantes et l'immunosuppression acquise constituent des facteurs de risque environnementaux (48).

- les carcinomes épidermoïdes sont plus rares et ils ont de moins bon pronostic, car leur évolution est plus rapide, leur envahissement se fait en profondeur et ils se compliquent de métastases par voie sanguine ou lymphatique. Ils se développent généralement à partir de lésions précancéreuses (kératose actinique, maladie de Bowen). Ils sont favorisés par l'exposition solaire, la radiothérapie, la PUVA thérapie, l'immunodépression, et surviennent volontiers sur les cicatrices de brûlures et plaies chroniques (57).

Le mélanome fait suite à la transformation maligne des mélanocytes. Il est plus rare et potentiellement beaucoup plus grave que les autres cancers cutanés du fait de sa forte capacité à métastaser.

Les facteurs favorisants sont un phototype clair, des antécédents personnels ou familiaux de mélanome, une exposition solaire intense dans l'enfance, de nombreux coups de soleil dans l'enfance, de nombreux nævus de grande taille, des nævus atypiques ou grands nævus congénitaux et une immunodépression (50).

Le mélanome cutané fait partie des cancers dont l'incidence comme la mortalité ont significativement augmenté sur la période 1980-2012. On estime qu'il a touché 14 325 personnes et causé 1 773 décès en 2015 (59).

Il touche un peu plus de femmes (53 %) que d'hommes (47 %) et l'âge moyen au diagnostic est de 56 ans.

En 2006, la HAS avait conclu que le mélanome cutané ne répondait pas aux critères de mise en place d'un dépistage systématique organisé (60).

Elle recommande un dépistage ciblé des personnes présentant des facteurs de risque par un examen cutané annuel réalisé par un médecin et un auto-examen tous les 3 mois.

Tous les ans depuis 1998 se déroule la journée nationale de prévention et de dépistage des cancers de la peau. Organisée par le syndicat national des dermatologues vénérologues et avec le soutien de l'INCa, cette journée propose un dépistage cutané gratuit et cherche à alerter et sensibiliser les publics les plus à risque de cancers cutanés.

Le rôle du médecin traitant est donc d'identifier les facteurs de risque et de déterminer les modalités du dépistage dans le cadre de la prévention primaire. Il doit aussi informer sur les risques de l'exposition solaire, notamment aux enfants, aux adolescents et aux professionnels exposés.

En prévention secondaire, il doit réaliser un examen clinique régulier en sensibilisant sa patientèle sur les signes devant les amener à consulter. En cas de doute, il oriente le patient vers le spécialiste. En prévention tertiaire, il assure et coordonne le suivi médical, social et psychologique.

II - Le cancer de la prostate

La prostate est une glande génitale masculine, située sous la vessie en avant du rectum et traversée par l'urètre. Elle est responsable de la production du liquide séminal et de son émission.

Le cancer de la prostate est un adénocarcinome dans plus de 90% des cas. Il est souvent d'évolution lente sur plusieurs années et reste longtemps asymptomatique.

Les principaux facteurs de risque sont l'âge, les antécédents génétiques et familiaux et l'origine africaine et antillaise.

Le cancer de la prostate est de loin le cancer le plus fréquent chez l'homme avec environ 54 000 nouveaux cas par an en France. L'âge moyen au moment du diagnostic est de 70 ans.

Sa mortalité est estimée à 8 700 décès par an, ce qui fait du cancer de la prostate le 3^{ème} cancer le plus meurtrier chez l'homme après le cancer du poumon et le cancer colo-rectal. Les taux de survie à un et cinq ans sont respectivement de 94 % et de 80 % (61).

L'intérêt du dépistage est de faire le diagnostic du cancer de la prostate à un stade précoce, les traitements étant alors plus efficaces, et les chances de guérison plus grandes. Mais à un stade précoce, il n'existe pas encore de moyen pour distinguer les cancers qui vont devenir agressifs, nécessitant un traitement, des cancers qui vont rester latents ne nécessitant pas de traitement.

Le risque de sur-diagnostic et de sur- traitement est alors de détecter puis de traiter un cancer qui progresse suffisamment lentement pour que le patient atteint décède d'une autre cause avant même que le cancer en question ne devienne symptomatique.

La procédure du dépistage associe la réalisation d'un toucher rectal et le dosage du PSA. L'intervalle optimal entre deux procédures n'est pas établi. En pratique, il est souvent de deux ans (62).

Le PSA est l'acronyme de la traduction anglaise de « antigène spécifique de la prostate ». C'est une protéine produite quasi exclusivement par les cellules épithéliales de la prostate qui joue un rôle dans la liquéfaction du sperme. Le PSA est l'antigène spécifique de la prostate, mais pas du cancer de la

prostate (l'hypertrophie bénigne de la prostate, la prostatite ou la réalisation récente d'un toucher rectal entraînent également une augmentation du PSA). La valeur normale du taux sérique du PSA inférieure à 4 ng/mL est la plus utilisée (63).

Depuis plusieurs années, la légitimité du dépistage du cancer de la prostate est débattue. Les recommandations des sociétés savantes, ainsi que les pratiques divergent.

L'intérêt du dépistage dans le cancer de la prostate a été évalué par deux grandes études, l'étude américaine PLCO (Prostate, Lung, Colorectal and Ovarien Cancer Screening Trial) (64) et l'étude européenne ERSPC (European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer)(65). Elles ont comparé un dépistage systématique du cancer de prostate par PSA versus l'absence de dépistage. Leur objectif était d'évaluer l'effet du dépistage sur la mortalité spécifique par cancer de la prostate. Les conclusions de ces deux essais étaient apparemment contradictoires puisque l'essai américain ne montrait pas de différence significative de mortalité alors que l'essai européen montrait une réduction significative de la mortalité.

En France, les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'Association Française d'Urologie (AFU) sont différentes.

L'HAS a confirmé qu'il n'y avait pas de justification à la mise en place d'un programme de dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage du PSA, estimant que le PSA ne doit être réalisé qu'en présence de signes cliniques et non pour des patients asymptomatiques.

Concernant les populations à haut risque (hommes ayant des antécédents familiaux de cancer de la prostate et les personnes d'origine africaine ou antillaise), la HAS indique qu'il n'a pas été retrouvé d'éléments scientifiques permettant de justifier un dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA dans des populations masculines considérées comme plus à risque (66).

Elle insiste sur l'importance de l'information à apporter aux hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate

De son côté l'AFU recommande une détection précoce individualisée du cancer de la prostate chez les patients ayant une espérance de vie supérieure à 10-15 ans, avec une information éclairée sur les modalités, les enjeux et les risques éventuels liés aux différentes stratégies de prise en charge avec pour objectif essentiel de ne pas méconnaître un cancer agressif (62).

Avec des recommandations contradictoires, les médecins généralistes se retrouvent dans une situation d'incertitude où réside le risque d'une pratique hétérogène du dépistage du cancer de la prostate.

Ainsi, le rôle du médecin traitant dans la prévention du cancer de la prostate est déterminant.

En prévention primaire, il doit identifier les facteurs de risque et déterminer les modalités d'un éventuel dépistage. Il informe son patient sur les bénéfices d'une activité physique pour lutter contre la sédentarité et sur les bénéfices d'une alimentation adaptée pour lutter contre l'obésité.

En prévention secondaire, il apporte les informations nécessaires, pour que son patient puisse faire un choix éclairé, en rappelant les bénéfices et les risques de ce dépistage.

En prévention tertiaire, il assure et coordonne le suivi médical, social et psychologique. La prescription d'une activité physique adaptée est aussi recommandée pour limiter le risque de récurrence dans le cancer de la prostate (18).

Matériels et méthode

I - Objectif principal

Evaluer le taux de participation des médecins généralistes du Calvados, de la Manche et de l'Orne ayant réalisé leurs tests de dépistage pour le cancer du sein, du colon et du col de l'utérus et le comparer au taux de participation de la population générale de ces trois départements.

II - Hypothèse avancée

A la lumière des études déjà réalisées sur le sujet, nous partons de l'hypothèse que les médecins généralistes participent plus que la population générale aux campagnes de dépistages organisés du cancer du sein et du côlon ainsi qu'au dépistage individuel du cancer du col de l'utérus.

III - Le type d'étude

L'étude mise en place est une étude observationnelle descriptive quantitative et rétrospective à partir d'un questionnaire.

IV - La population étudiée

La population étudiée correspond aux médecins généralistes des départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne.

Etaient exclus les médecins à exercice particulier (angiologue, acupuncteur, allergologue) et les médecins remplaçants.

V - L'élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé suite à une recherche bibliographique via les plateformes de recherche SUDOC, PubMed, CISMef et la BDSP.

La principale difficulté dans le travail de recherche bibliographique a été de faire ressortir des travaux s'intéressant à la santé du médecin généraliste. Il est difficile par mots-clés de répondre à cette subtilité.

Pour ce faire, les principaux mots-clés utilisés ont été :

« attitude envers la santé », « médecin généraliste », « bilan de santé », « comportement de santé », « prévention cancer », « dépistage cancer », « dépistage cancer du sein », « dépistage cancer colorectal », « dépistage cancer du col de l'utérus ».

Pour la base de données PubMed les mots-clés utilisés ont été :

« general practitioners », « general medicine », « early detection of cancer », « health survey », « colorectal neoplasms », « colorectal cancer screening », « breast cancer screening » et « cervical cancer screening »

Le questionnaire est composé de 37 questions subdivisées en 5 parties :

- La première partie correspond aux caractéristiques socio-démographiques du médecin généraliste.
- La deuxième partie contient les questions en rapport avec le dépistage du cancer colorectal.
- La troisième partie contient les questions en rapport avec le dépistage du cancer du sein.
- La quatrième partie est composée de questions en lien avec le dépistage du cancer du col de l'utérus.
- La cinquième partie évalue la pratique du dépistage du cancer de la prostate et d'un examen cutané dans le cadre des cancers cutanés.

VI - La diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été envoyé par courrier postal à destination des médecins généralistes des départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne.

Le nom et les adresses des médecins généralistes ont été obtenus à partir de la liste des étiquettes des médecins généralistes installés des départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne fournie par l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) Normandie.

L'ensemble de la liste a été retranscrite en tableau Excel puis classée en fonction du sexe du praticien, défini par le prénom. En cas de doute devant des prénoms mixtes, le sexe a été obtenu via une recherche internet grâce au numéro SIRET.

L'envoi des questionnaires s'est fait avec le soutien des structures de gestion des dépistages organisés de l'ex-Basse-Normandie : Mathilde dans le Calvados, Iris Manche et la Régie Départementale des Cancers de l'Orne.

Chaque enveloppe contenait un questionnaire et une enveloppe T de retour fournie par ces mêmes structures de gestion.

Le questionnaire a été envoyé début novembre 2018 et le retour était attendu avant le 15 décembre 2018.

L'ensemble des questionnaires a été récupéré et centralisé à la structure Mathilde à Caen.

Aucune relance n'a été effectuée.

VII - L'analyse statistiques des données

Les données recueillies ont été intégrées à partir d'un tableau Excel.

L'analyse statistique a été réalisée à partir du logiciel R version 3.5.3 (67).

Le test exact de Fisher a été choisi comme test statistique pour l'analyse des tables de contingences du fait de la faiblesse de nos effectifs (68).

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

Résultats

I - Participation

Sur un total de 1247 questionnaires envoyés, 420 questionnaires nous ont été retournés. 6 ont été exclus car le médecin pratiquait un exercice particulier (angiologue ou allergologue).

414 questionnaires ont été analysés. Le taux de réponse était de 33 %.

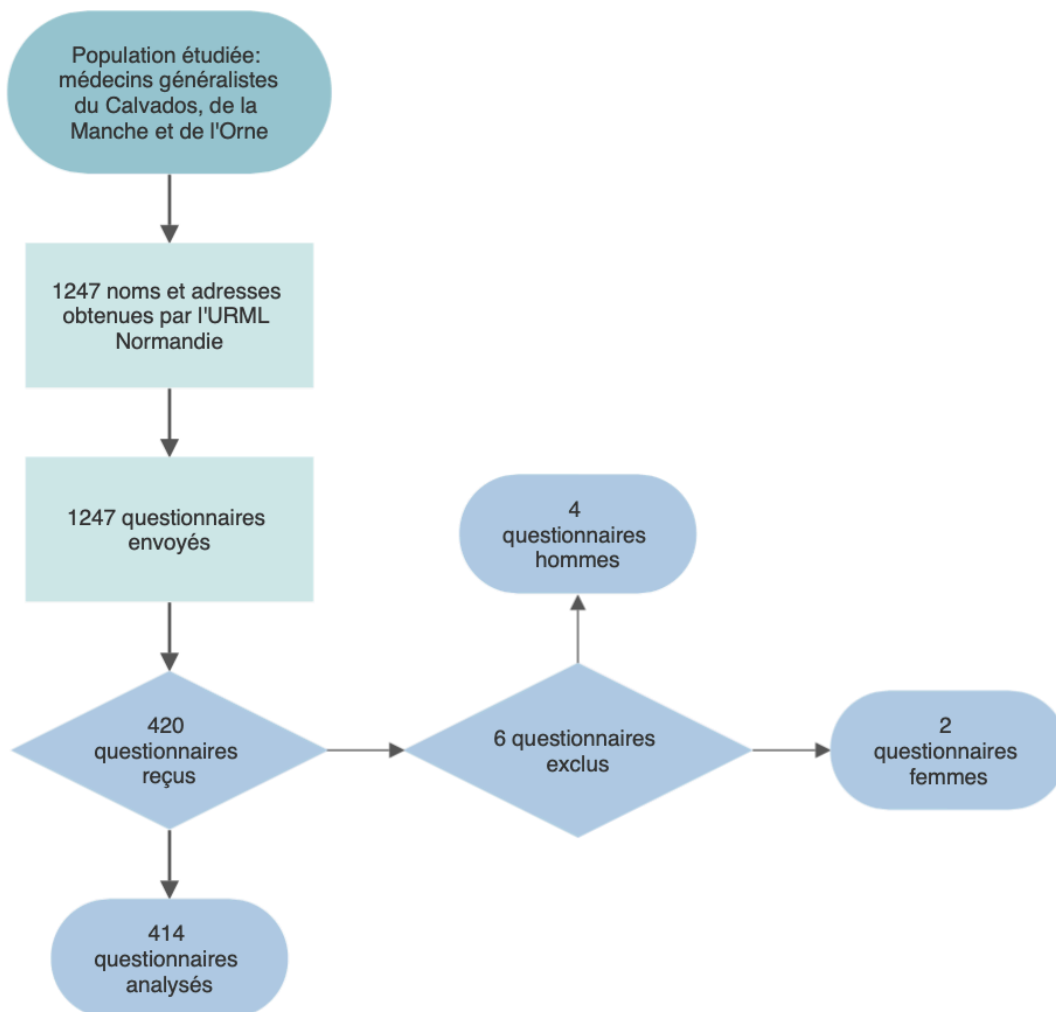


Diagramme de flux

Figure 1 : diagramme de flux

II - Caractéristiques des médecins généralistes du Calvados, de la Manche et de l'Orne d'après la liste obtenue par l'URML Normandie

D'après la liste des médecins généralistes, sur 1247 médecins, 64 % étaient des hommes et 36 % étaient des femmes. Le sex-ratio était de 1,77.

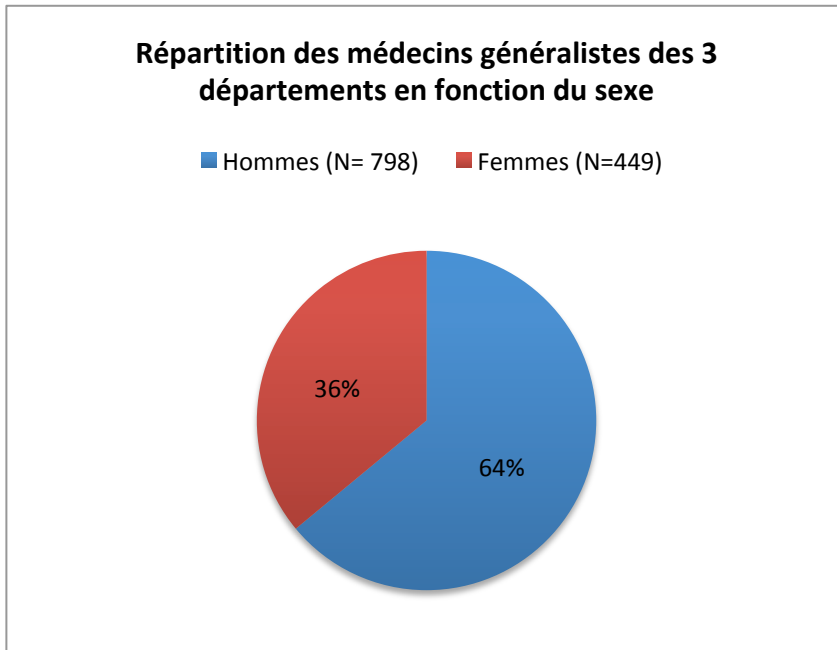


Figure 2 : répartition des médecins généralistes du Calvados, de la Manche et de l'Orne en fonction du sexe.

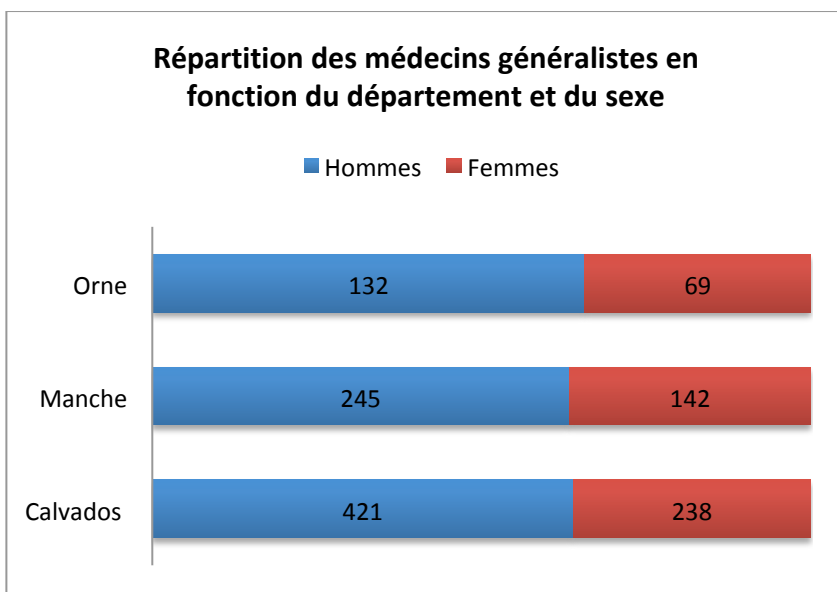


Figure 3 : répartition des médecins généralistes en fonction du département et du sexe.

III - Analyse socio-démographique des médecins généralistes de l'étude

A) Le sexe

59 % des médecins ayant répondu au questionnaire étaient des hommes et 41 % étaient des femmes. Le sex-ratio était de 1,43.

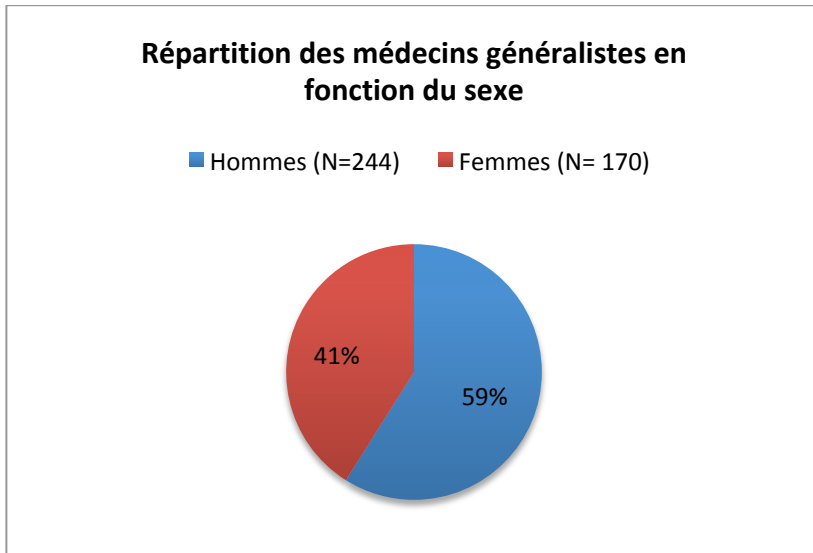


Figure 4 : répartition des médecins généralistes en fonction du sexe.

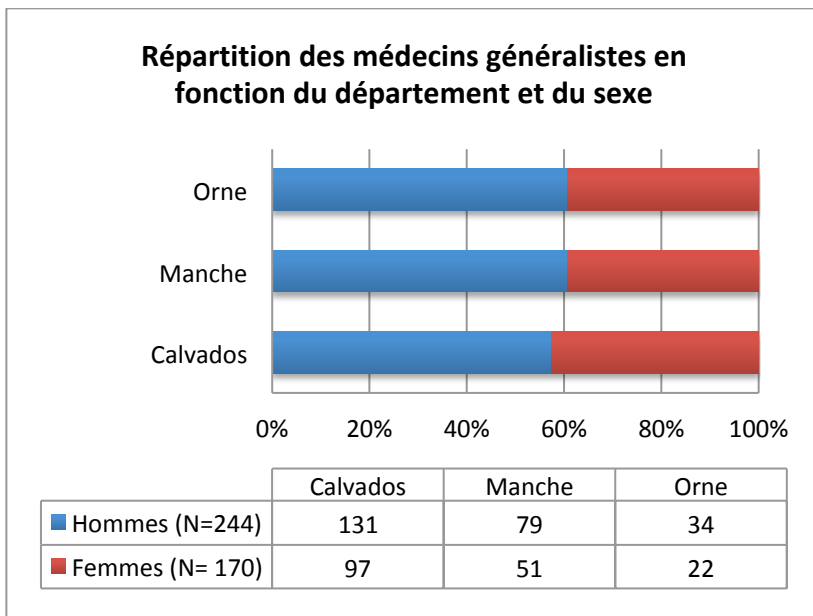


Figure 5 : répartition des médecins généralistes en fonction du département et du sexe.

B) L'âge

L'âge moyen de la population interrogée tous sexes confondus était de 52,4 ans.

L'âge moyen des médecins femmes était de 49,3 ans et celui des hommes était de 54,6 ans. Le plus jeune médecin avait 29 ans et était une femme, le plus âgé était un homme de 82 ans.

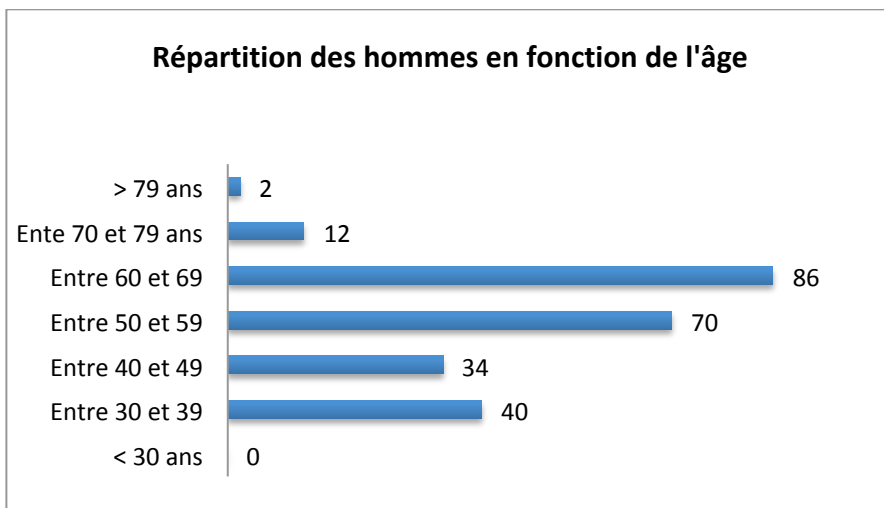


Figure 6 : répartition des hommes en fonction de l'âge.

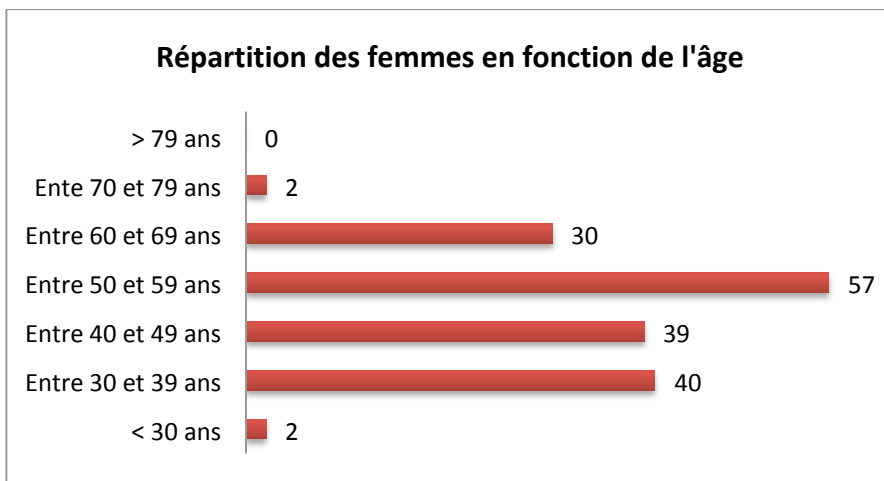


Figure 7 : répartition des femmes en fonction de l'âge.

C) Le mode d'exercice

60% des hommes médecins étaient en libéral en cabinet de groupe et 32 % en cabinet individuel.

Concernant les femmes, 70 % étaient en libéral en cabinet de groupe contre 25 % en cabinet individuel. Le taux de médecin salarié était équivalent pour les deux sexes de 2 %.

6 % des hommes et 3 % des femmes avaient une activité mixte.

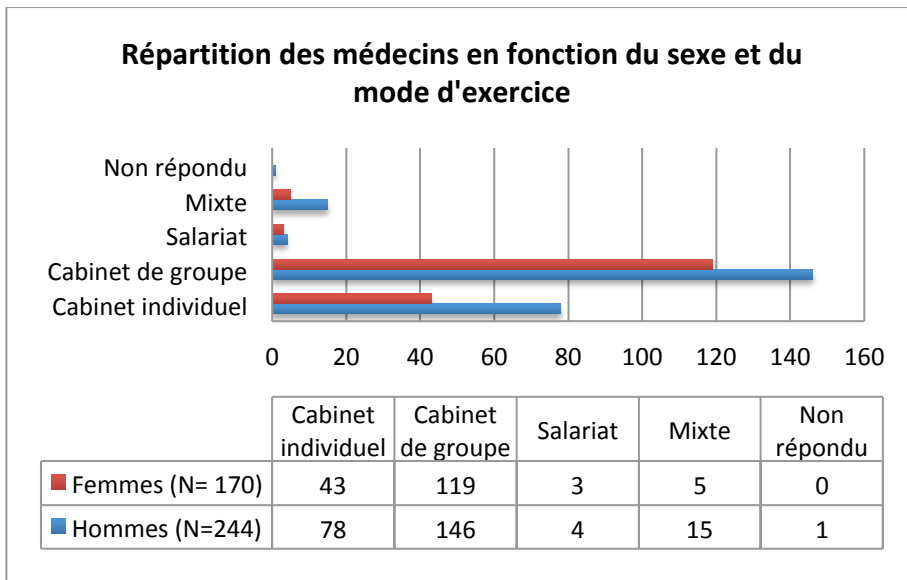


Figure 8 : répartition des médecins en fonction du sexe et du mode d'exercice.

D) La déclaration d'un médecin traitant

73 % des hommes et 60 % des femmes s'étaient déclarés comme étant leur propre médecin traitant auprès de la sécurité sociale. La différence est non significative ($p=0,27$).

Seulement 31 % des femmes et 20 % des hommes avaient déclaré un consœur ou un confrère en tant que médecin traitant ($p=0,06$).

7 % des hommes et 9 % des femmes n'avait pas de médecin traitant déclaré.

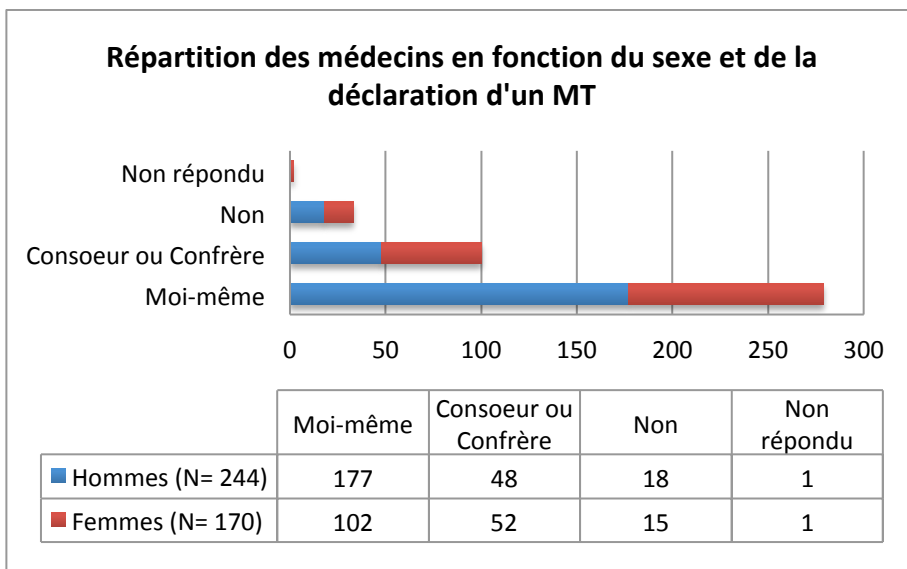


Figure 9 : Répartition des médecins en fonction du sexe et de la déclaration d'un MT.

Parmi ceux qui ont déclaré un consœur ou un confrère, 38 % des femmes et 40 % des hommes avouaient ne jamais le consulter. Seulement 10 % des femmes et 6 % des hommes consultaient leur médecin traitant plus d'une fois par an.

III - Le cancer colorectal

A) Les antécédents personnels ou familiaux

30 % des hommes et 29 % des femmes âgés de 50 à 74 ans présentaient des antécédents personnels ou familiaux de polypes ou de cancer digestif ou de maladie inflammatoire chronique intestinale.

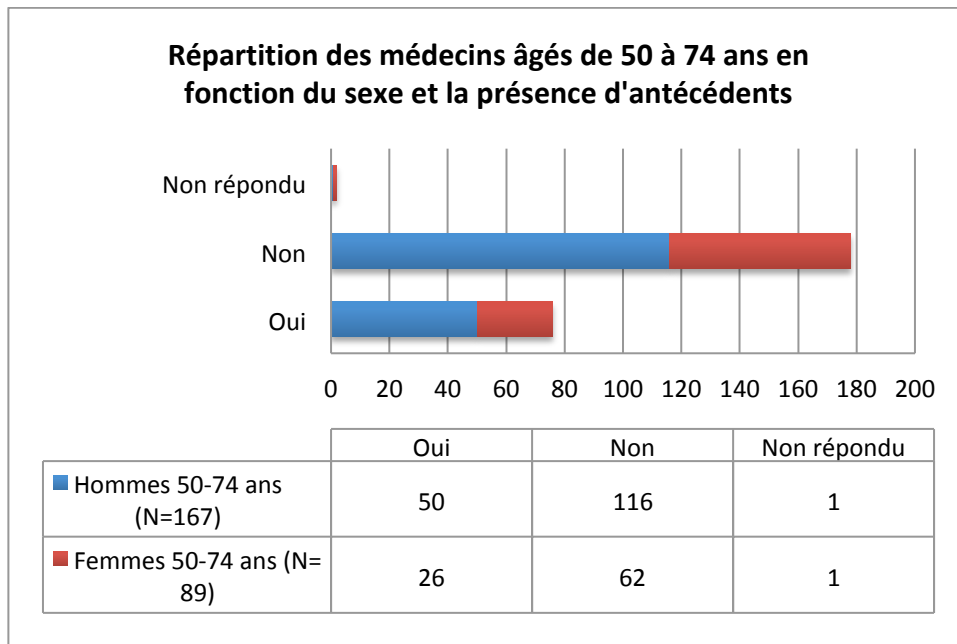


Figure 10 : répartition des médecins âgés de 50 à 74 ans en fonction du sexe et la présence d'antécédents.

B) La pratique du dépistage du cancer colorectal

76 % des hommes et 68 % des femmes âgés de 50-74 ans qui sont éligibles au dépistage organisé du cancer colorectal effectuaient régulièrement le test de recherche de sang dans les selles. La différence est non significative ($p=0,72$).

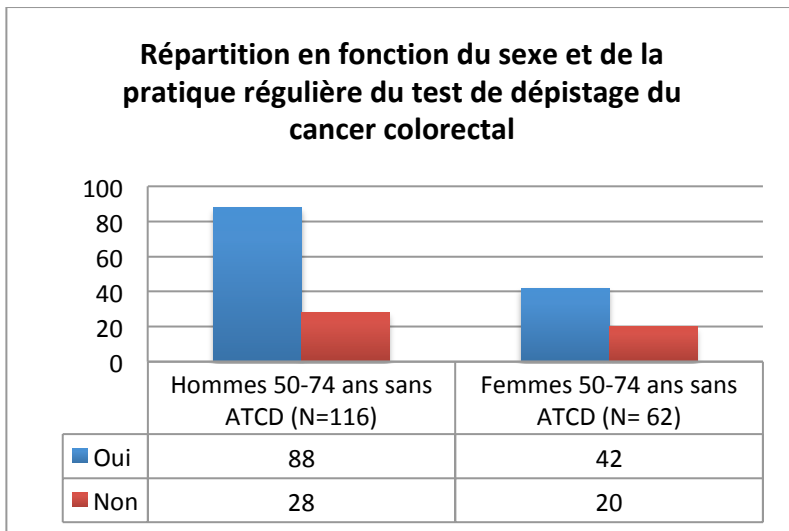


Figure 11 : répartition en fonction du sexe et de la pratique régulière du test de dépistage du cancer colorectal.

C) Réalisation du test de dépistage par tranche d'âge

Chez les hommes, les médecins âgés de 55-59 ans étaient ceux qui pratiquaient le plus le test de dépistage du cancer colorectal avec un taux de 87 %. Les médecins âgés de 65-69 ans étaient ceux qui le réalisaient le moins. Ils avaient un taux de pratique de 60 %.

Chez les femmes, le taux de pratique le plus important correspondait, à l'inverse des hommes, à la tranche d'âge 65-69 ans. La tranche d'âge 70-74 ans avait un taux nul mais avec une seule réponse. La tranche d'âge 55-59 ans a un taux de 48 % chez les femmes alors qu'il était le taux le plus important chez les hommes. La différence entre les deux sexes de cette même tranche d'âge est non significative ($p=0,26$).

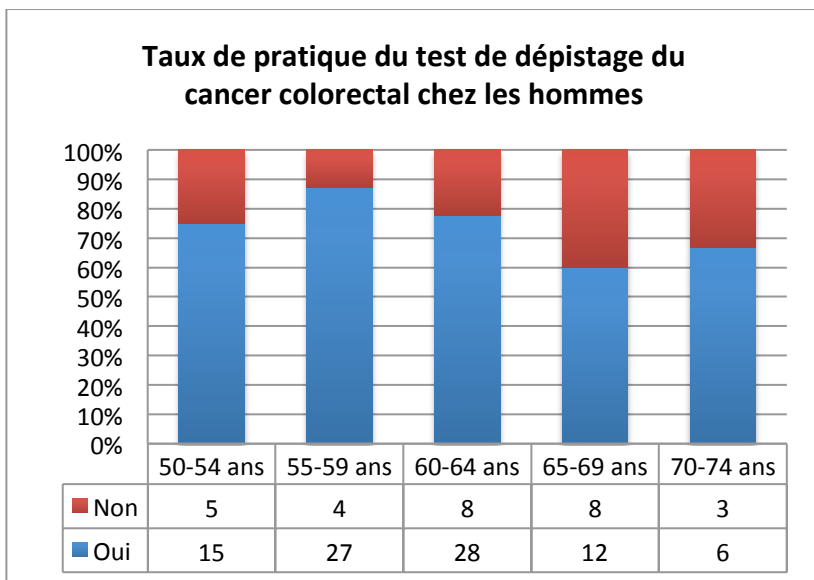


Figure 12 : taux de pratique du test de dépistage du cancer colorectal chez les hommes.

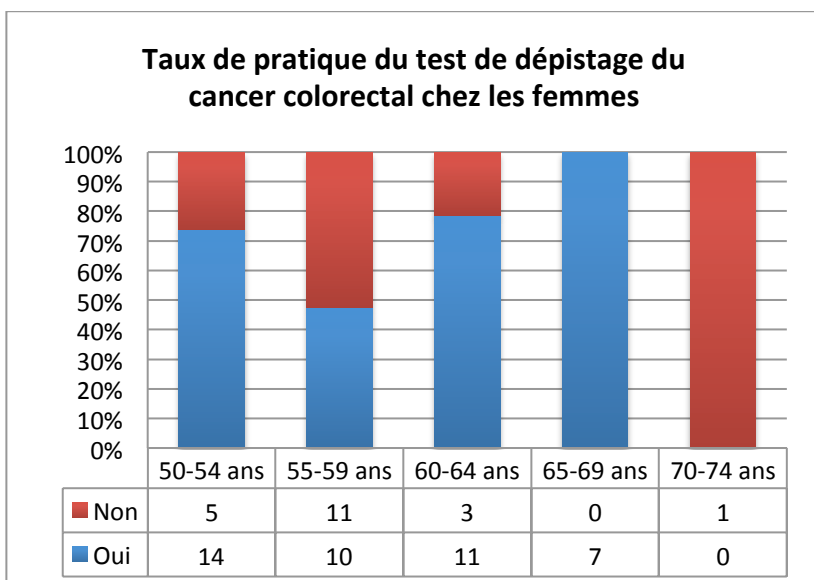


Figure 13 : taux de pratique du test de dépistage du cancer colorectal chez les femmes.

D) Réalisation du test de dépistage par département

C'était le département de l'Orne qui présentait le taux de pratique du test le plus important pour les deux sexes. Il était de 84 % pour les hommes et de 86 % chez les femmes.

Le Calvados avait un taux de 75 % chez les hommes et de 67 % chez les femmes.

La Manche avait le taux de pratique le plus faible pour les deux sexes : 72 % chez les hommes et 63 % chez les femmes.

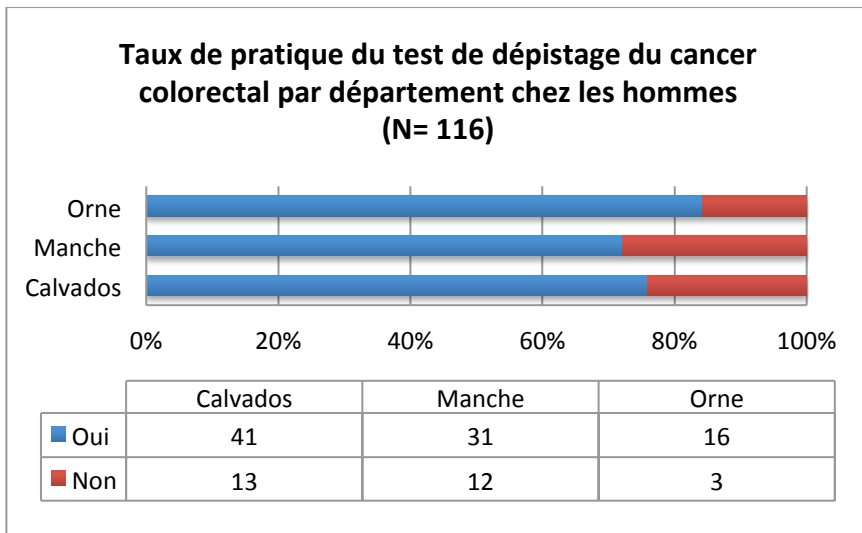


Figure 14 : taux de pratique du test de dépistage du cancer colorectal par département chez les hommes (n= 116).

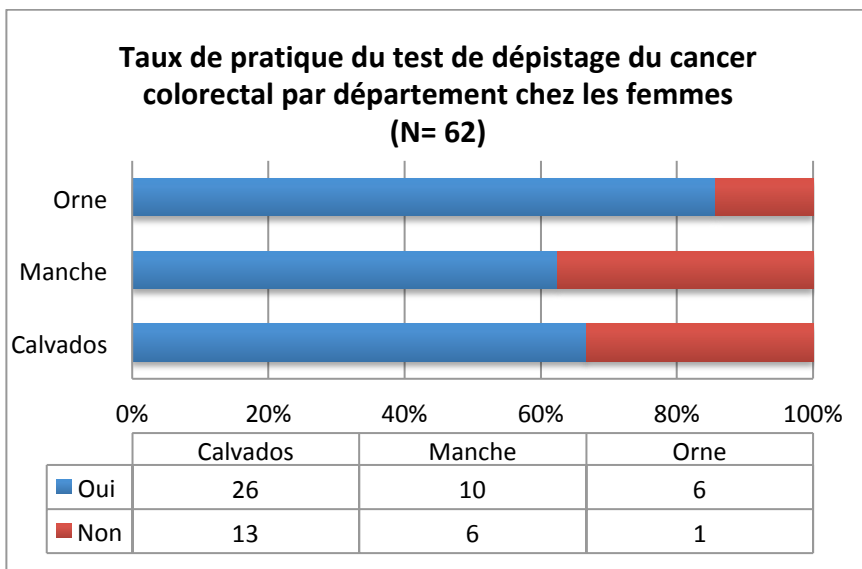


Figure 15 : taux de pratique du test de dépistage du cancer colorectal par département chez les femmes (n= 62).

E) Fréquence de la pratique du test de dépistage du cancer colorectal

88 % des hommes pratiquaient le test de dépistage au rythme recommandé par la HAS. 9 % d'entre eux étaient en « sous-dépistage ».

Concernant les femmes, 93 % pratiquaient au rythme recommandé et 7 % étaient en « sous-dépistage ».

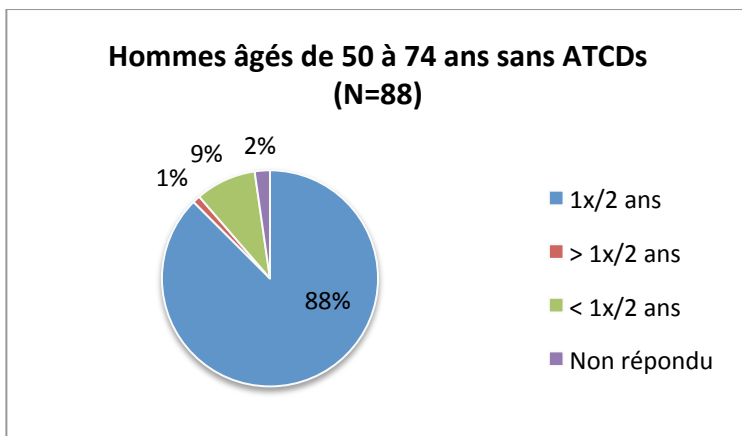


Figure 16 : hommes âgés de 50 a 74 ans sans antécédent (n=88).

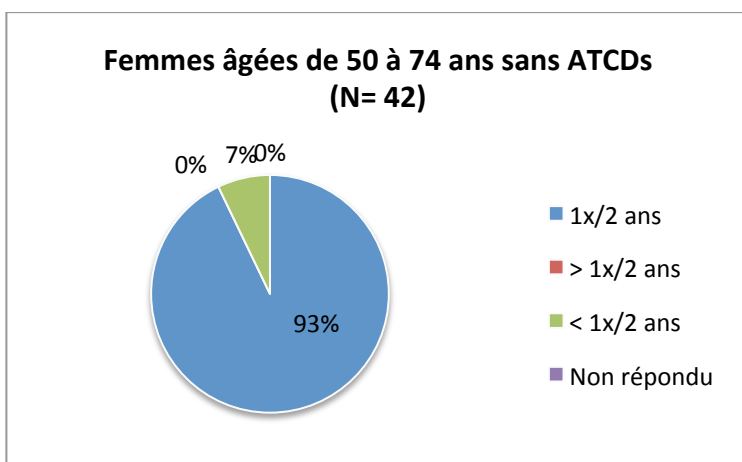


Figure 17 : femmes âgées de 50 a 74 ans sans antécédent (n= 42).

F) Taux de participation à la campagne 2017-2018 du dépistage du cancer colorectal par sexe

Le taux de participation à la campagne 2017-2018 du dépistage du cancer colorectal était de 58% pour les deux sexes.

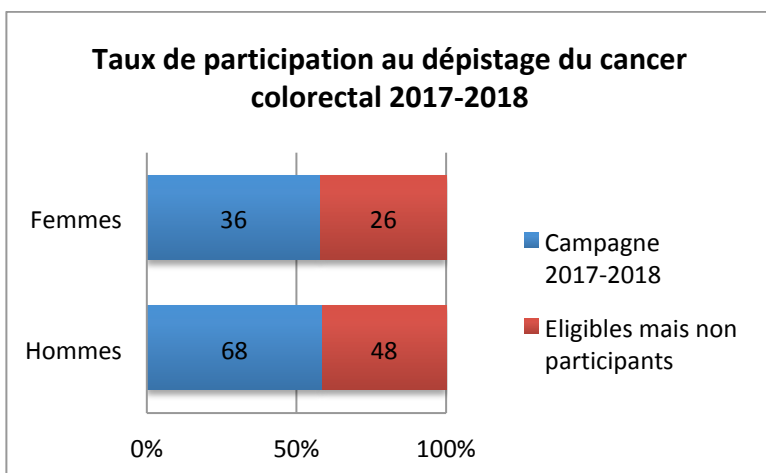


Figure 18 : taux de participation au dépistage du cancer colorectal 2017-2018.

G) Taux de participation à la campagne 2017-2018 du dépistage du cancer colorectal par département

Le taux de participation des hommes était estimé à 68 % dans l'Orne puis à 60 % dans la Manche et enfin à 53 % dans le Calvados.

Le taux de participation des femmes était aussi le plus important dans l'Orne avec un taux estimé à 86 %. La Manche avait un taux à 50 % et le Calvados à 56 %.

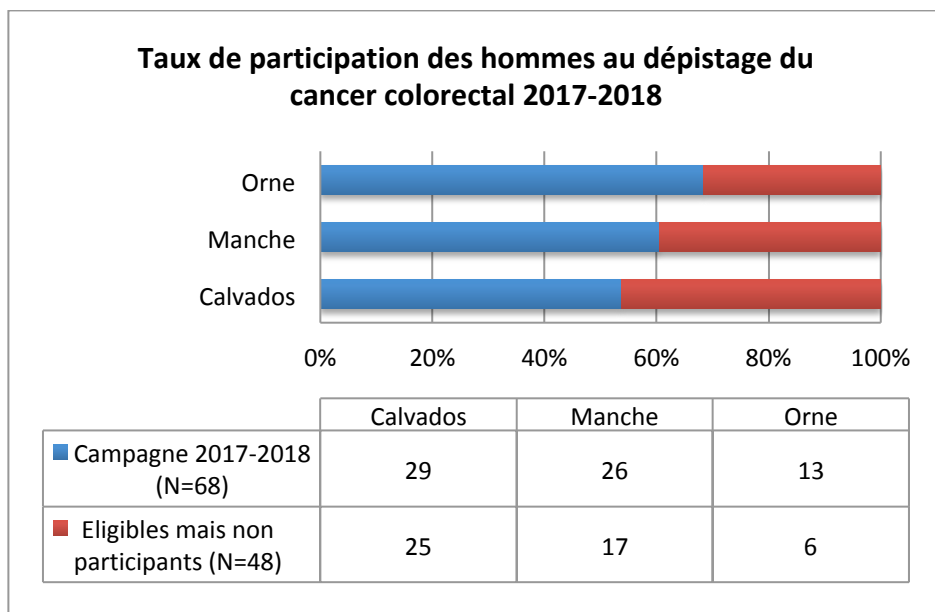


Figure 19 : taux de participation des hommes au dépistage du cancer colorectal 2017-2018.

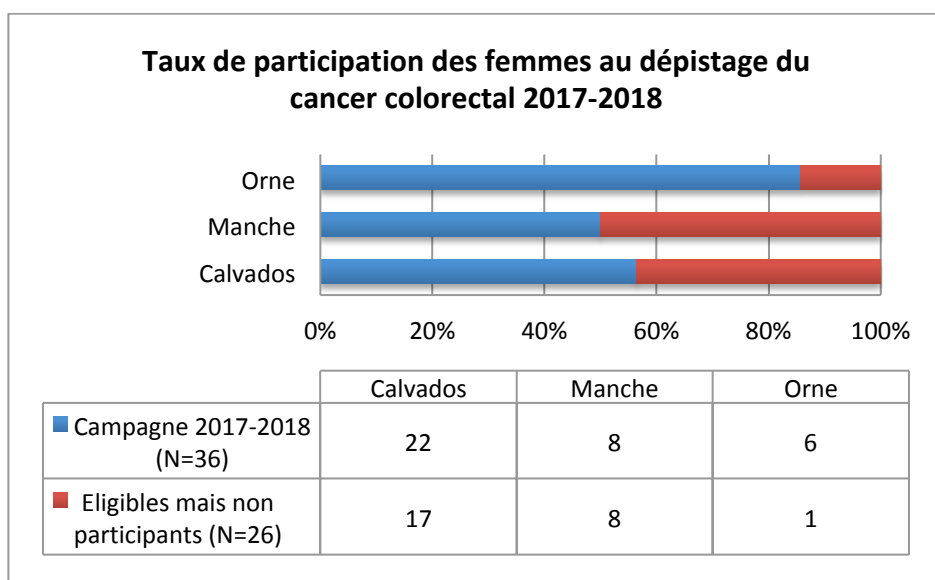


Figure 20 : taux de participation des femmes au dépistage du cancer colorectal 2017-2018.

H) Evaluation de leur dépistage

Chez les médecins âgés de 50 à 74 ans, les hommes se considéraient à jour pour 74 % d'entre eux et les femmes pour 60 %. La différence est non significative ($p=0,3$).

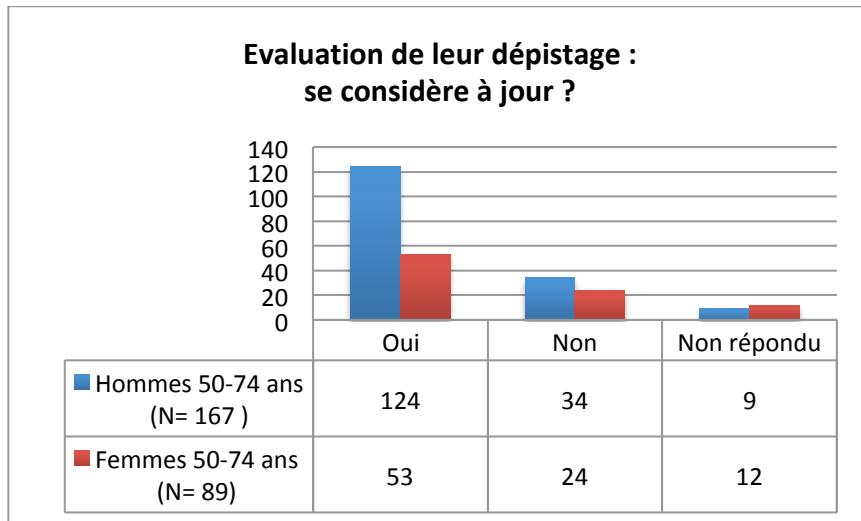


Figure 21 : évaluation de leur dépistage : se considère à jour ? 50-74 ans.

Les médecins hommes et femmes de tout âge avaient un taux de réponse « Oui » respectivement de 59 % et de 42 % alors que la population est plus jeune. Cela est en rapport avec le taux de non réponse qui était très nettement supérieur dans la population « tout âge ». Le taux de non réponse est de 5 % chez les hommes de 50 à 74 ans et de 24 % chez les hommes de tout âge. La différence est significative ($p= 5,49^{E-6}$).

Cela met en évidence une des limites du questionnaire réalisé.

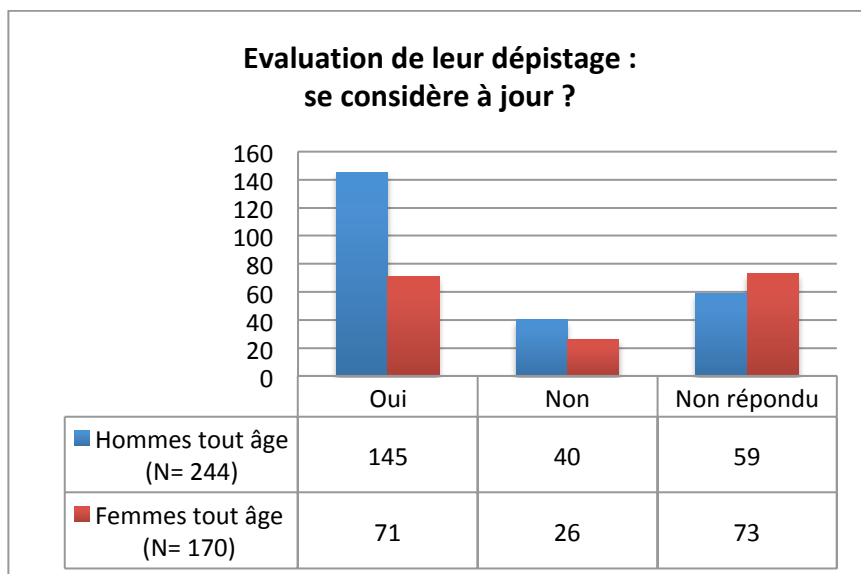


Figure 22 : évaluation de leur dépistage : se considère à jour ? Tout âge.

I) Difficulté à réaliser le test

81 % des hommes éligibles au dépistage du cancer colorectal n'éprouvaient pas de difficulté à réaliser le test de recherche de sang dans les selles.

Chez les femmes, le taux était de 79 %.

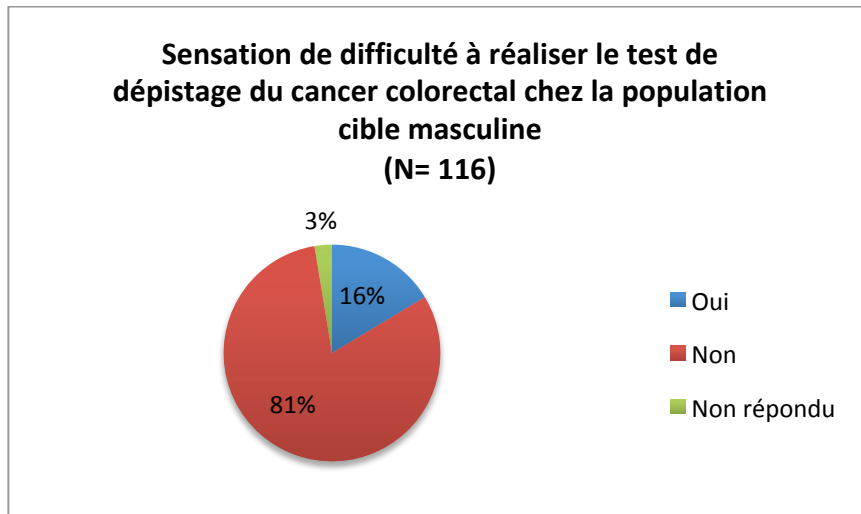


Figure 23 : sensation de difficulté à réaliser le test de dépistage du cancer colorectal chez la population cible masculine (n= 116).

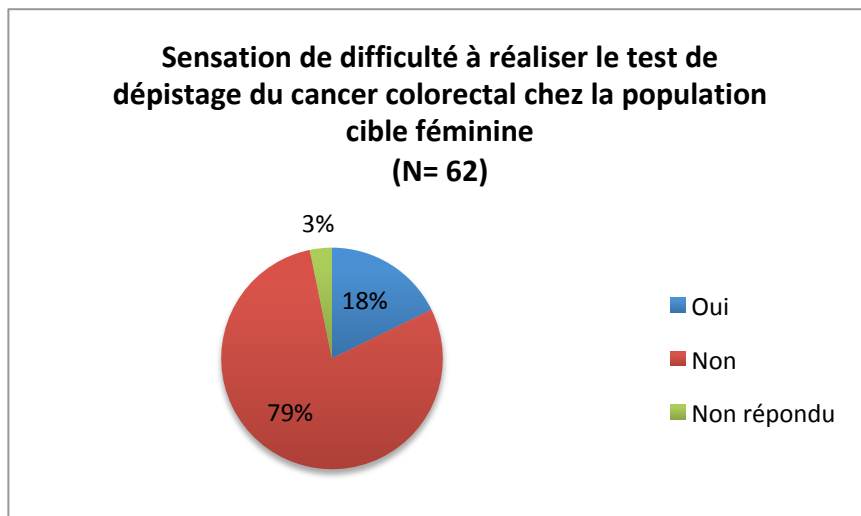


Figure 24 : sensation de difficulté à réaliser le test de dépistage du cancer colorectal chez la population cible féminine (n= 62).

J) Nature des difficultés

47 % des hommes ayant éprouvé des difficultés à la réalisation du test de dépistage du cancer colorectal évoquaient l'oubli. 21 % évoquaient le manque de temps.

Pour les femmes, l'oubli était prédominant pour 55% d'entre elles. 18% évoquaient le manque de temps.

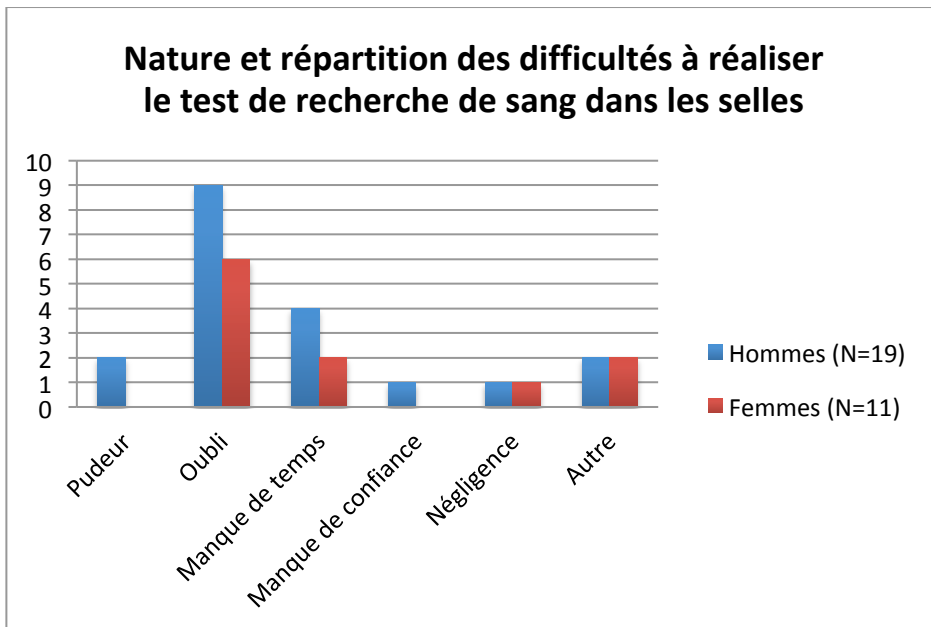


Figure 25 : nature et répartition des difficultés à réaliser le test de recherche de sang dans les selles.

K) Encouragement de la patientèle à la pratique du dépistage

Parmi les médecins éligibles au dépistage du cancer colorectal, 95 % des hommes et 89 % des femmes le recommandaient à leur patientèle.

Lorsque l'on évalue cela sur l'ensemble de la population étudiée, le taux d'encouragement des hommes était de 82 % et celui des femmes de 71 %. On remarque que le taux de non réponse est bien plus important dans cette catégorie. Il y avait 9% de non réponse chez les femmes âgées de 50 à 74 ans alors qu'il y avait 28 % de non réponse chez les femmes de tout âge. La différence est significative ($p=0,0036$).

Encore une fois, cela met en évidence un défaut d'agencement des questions dans ce questionnaire.

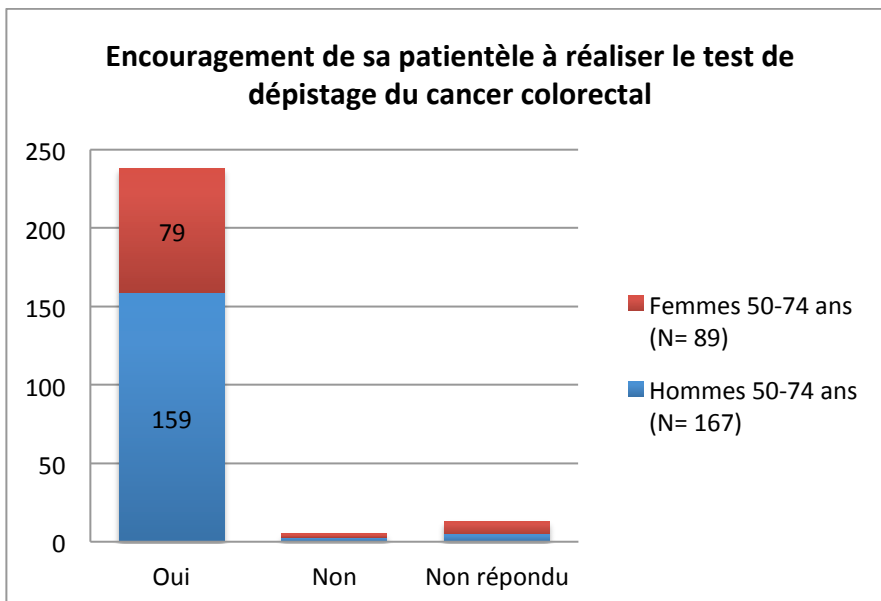


Figure 26 : encouragement de sa patientèle à réaliser le test de dépistage du cancer colorectal 50-74 ans.

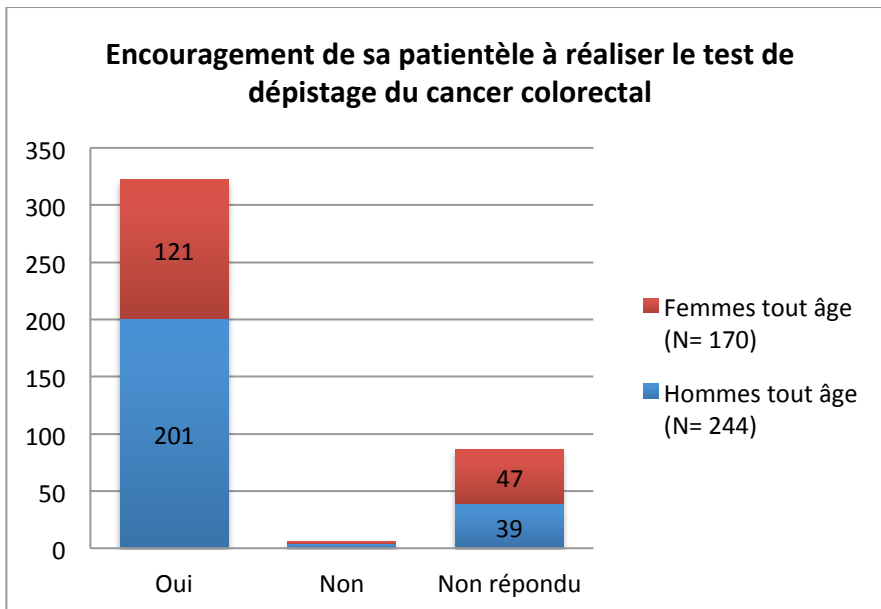


Figure 27 : encouragement de sa patientèle à réaliser le test de dépistage du cancer colorectal tout âge.

IV. Le cancer du sein

A) Les antécédents familiaux

79 % des femmes âgées de 50 à 74 ans ne présentaient pas d'antécédents familiaux de cancer du sein.

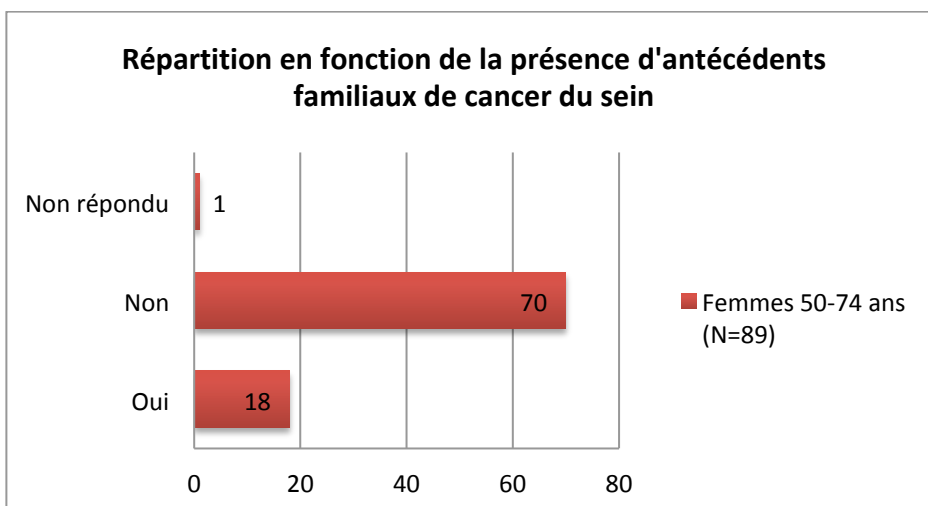


Figure 28 : répartition en fonction de la présence d'antécédents familiaux de cancer du sein.

B) La pratique du dépistage du cancer du sein

93 % des femmes âgées de 50 à 74 ans déclaraient réaliser la mammographie dans le cadre d'un dépistage du cancer du sein. Concernant les femmes ne présentant pas d'antécédents familiaux, 94 % d'entre elles pratiquaient la mammographie.

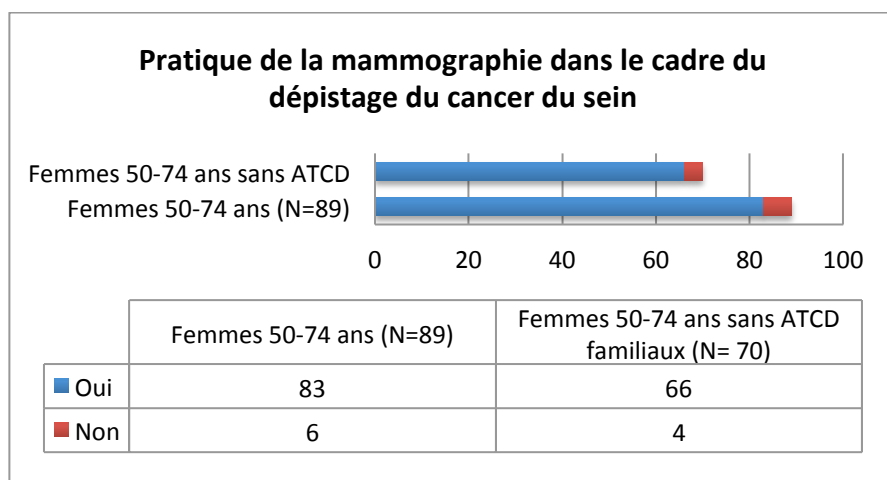


Figure 29 : pratique de la mammographie dans le cadre du dépistage du cancer du sein.

C) Réalisation de la mammographie par tranche d'âge

Les femmes âgées de 60 à 64 ans présentaient le taux de réalisation de la mammographie le plus faible.

Ce sont les femmes âgées de 65 à 69 ans qui présentaient le taux le plus important. Tout comme la tranche d'âge 70-74 ans mais qui n'était composée que d'un seul médecin.

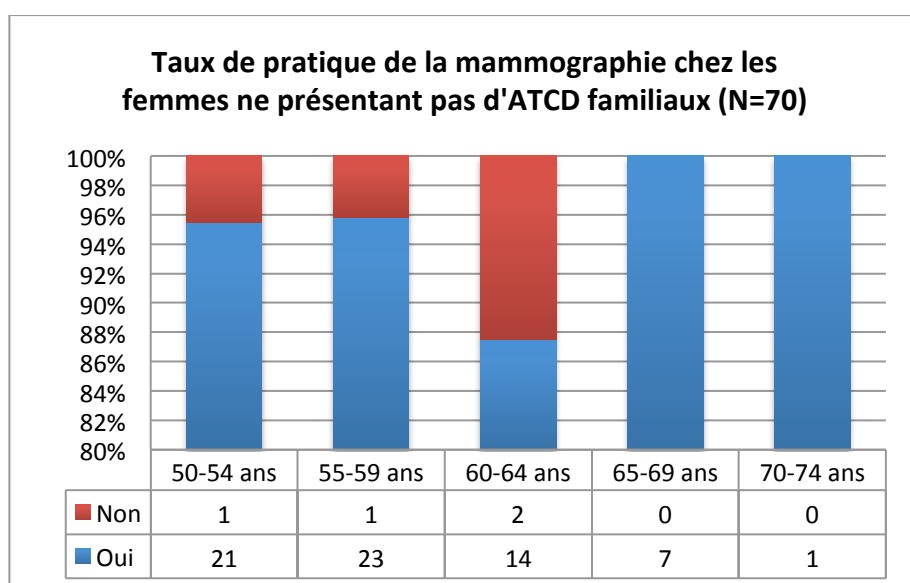


Figure 30 : taux de pratique de la mammographie chez les femmes ne présentant pas d'antécédents familiaux (n=70).

D) Réalisation de la mammographie par département

100 % des femmes étudiées de l'Orne déclaraient réaliser la mammographie de dépistage.

Dans le Calvados, 98 % des femmes âgées de 50 à 74 ans et ne présentant pas d'antécédents familiaux déclaraient réaliser la mammographie.

Le taux de pratique le plus faible était retrouvé dans le département de la Manche avec un taux qui était à 84 %.

Entre le département du Calvados et celui de la Manche, la différence calculée est non significative ($p = 0,84$).

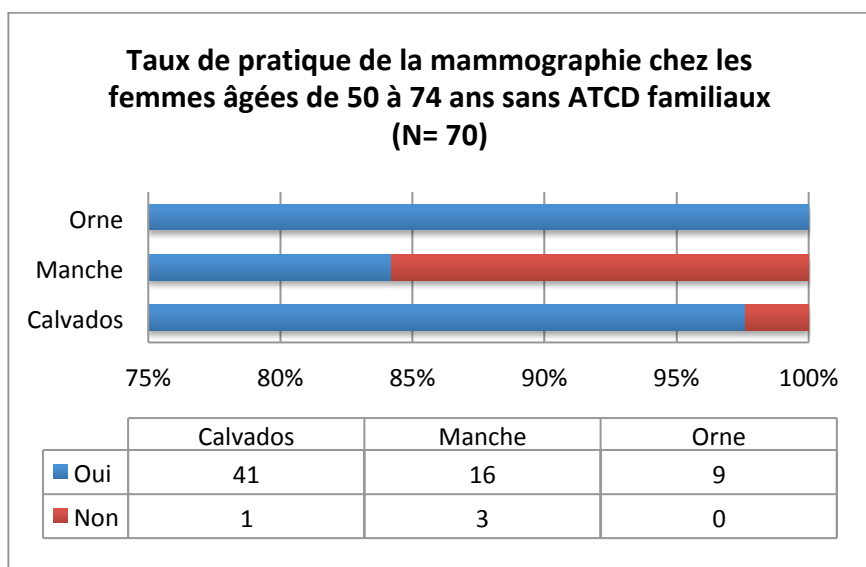


Figure 31 : taux de pratique de la mammographie chez les femmes âgées de 50 à 74 ans sans antécédents familiaux (n= 70).

E) Fréquence de la pratique de la mammographie

Parmi les femmes âgées de 50 à 74 ans et sans antécédents familiaux qui déclaraient réaliser la mammographie, 83 % suivaient le rythme recommandé par la HAS. 11 % étaient en « sur-dépistage » et 6 % en « sous-dépistage ».

Répartition en fonction de la fréquence de réalisation de la mammographie des femmes âgées 50-74 ans sans ATCD familiaux (N=66)

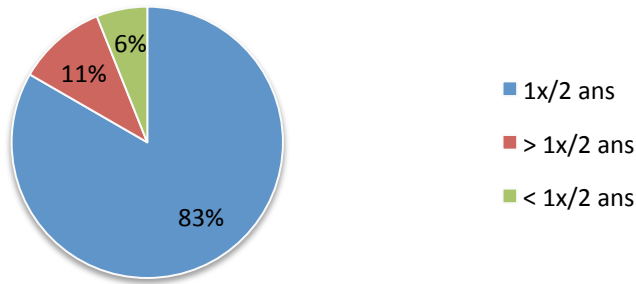


Figure 32 : répartition en fonction de la fréquence de réalisation de la mammographie des femmes âgées 50-74 ans sans antécédents familiaux (N=66).

F) Taux de participation à la campagne 2017-2018 de dépistage du cancer du sein

Le taux de participation à la campagne du dépistage du cancer du sein 2017-2018 de l'ex-Basse-Normandie était de 73 %.

Taux de participation des femmes âgées de 50 à 74 ans à la campagne 2017-2018 (N= 89)

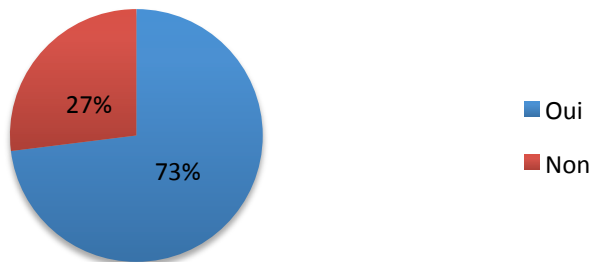


Figure 33 : taux de participation des femmes âgées de 50 à 74 ans à la campagne 2017-2018 (N= 89).

G) Taux de participation à la campagne 2017-2018 du dépistage du cancer du sein par département

Avec un taux de participation estimé à 82 %, le département de l'Orne présentait le taux le plus important des trois départements étudiés.

Le Calvados avait un taux de 75 % de participation à la campagne 2017-2018 et la Manche un taux de 67 %.

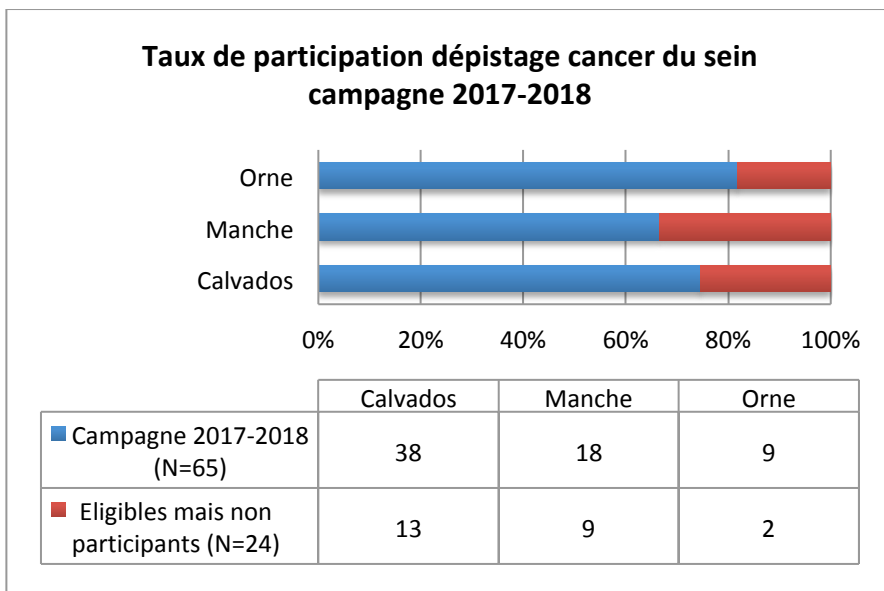


Figure 34 : taux de participation dépistage cancer du sein campagne 2017-2018.

H) Evaluation de leur dépistage

87 % de la population cible du dépistage du cancer du sein s'estimait à jour dans leur dépistage par la mammographie.

Lorsqu'on évalue cette proportion sur l'ensemble de la population féminine, celle-ci chute à 59 %. La différence est non significative ($p= 0,057$). Mais cela s'explique par le taux de non réponse qui était nettement supérieur dans la catégorie « tout âge » avec un taux estimé à 33 % vs 2 % dans la population cible. La différence est significative ($p= 2,34^{E-7}$).

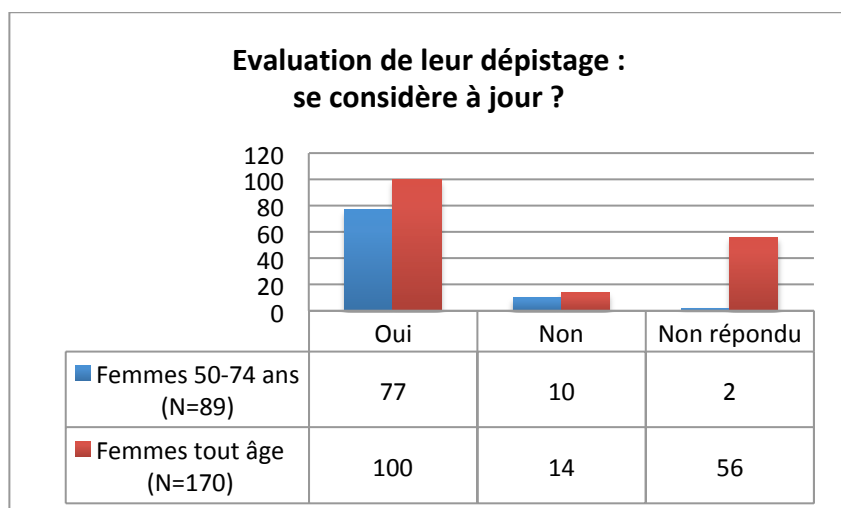


Figure 35 : évaluation de leur dépistage : se considère à jour ?

I) Difficulté à réaliser la mammographie

86 % des femmes âgées de 50 à 74 ans estimaient ne pas rencontrer de difficulté à la pratique de la mammographie.

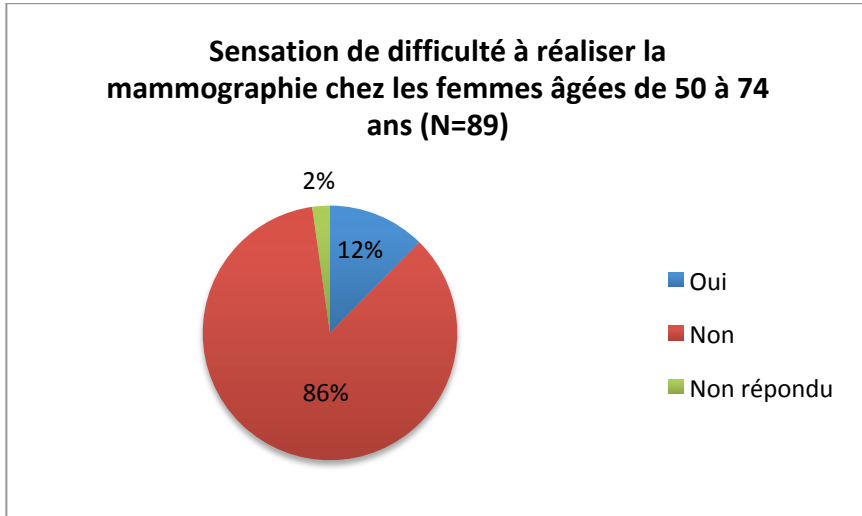


Figure 36 : sensation de difficulté à réaliser la mammographie chez les femmes âgées de 50 à 74 ans (N=89).

J) Nature des difficultés

Parmi les femmes ressentant des difficultés à la pratique de la mammographie, la principale énoncée était le manque de temps. Cela était décrit pour 27 % d'entre elles. Le manque de confiance et la douleur étaient annoncés pour 18 % d'entre elles, puis la pudeur et l'oubli pour 9 %.

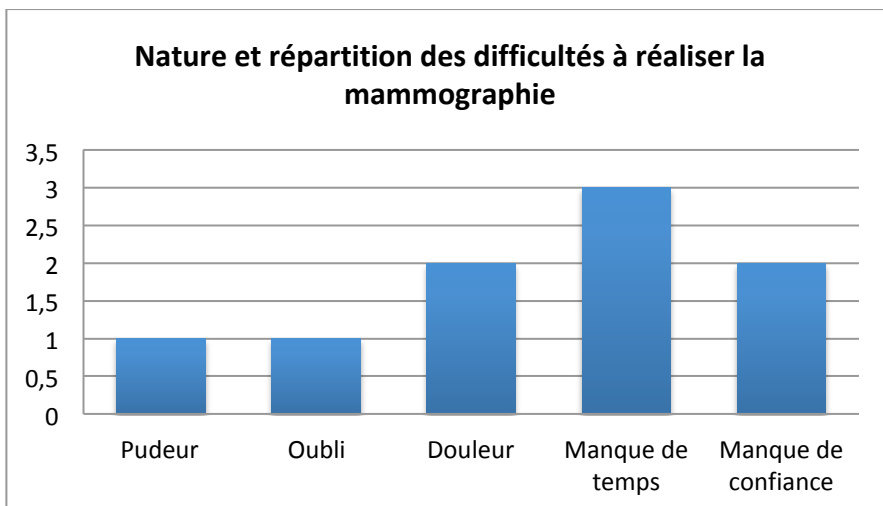


Figure 37 : nature et répartition des difficultés à réaliser la mammographie.

K) Encouragement de la patientèle à la pratique du dépistage

Parmi les femmes âgées de 50 à 74 ans, 94 % encourageaient leur patientèle à la pratique de la mammographie contre 72 % des femmes de tout âge. Le taux de non réponse est nettement supérieur

dans cette catégorie, 37 % vs 5 %. La différence est significative ($p= 8,17^{E-5}$). Il en est de même pour l'encouragement des médecins hommes qui n'a pas pu être analysé du fait d'un trop grand nombre de questions revenues sans réponse.

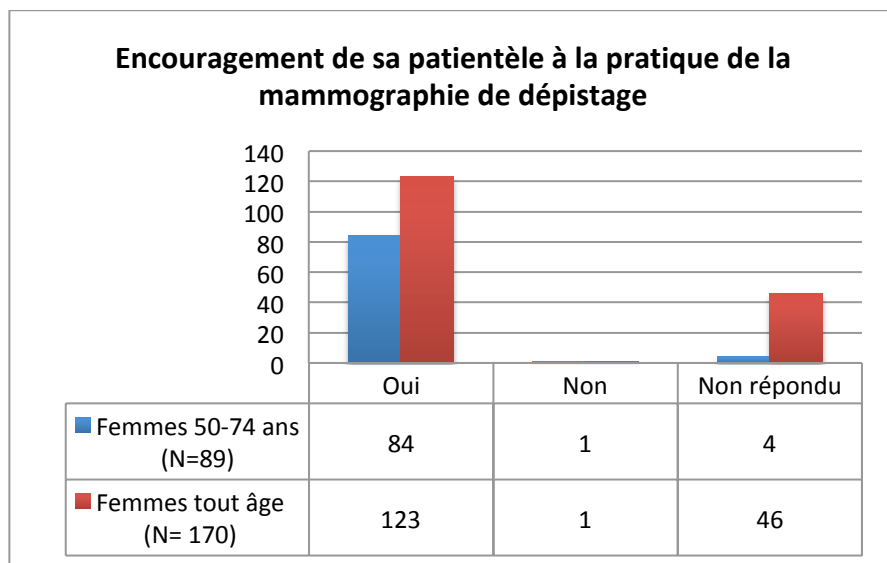


Figure 38 : encouragement de sa patientèle à la pratique de la mammographie de dépistage.

V. Le cancer du col de l'utérus

A) Les antécédents personnels

5 % des femmes âgées de 25 à 65 ans présentaient des antécédents personnels de pathologies du col utérin. 82 % d'entre elles n'avaient pas d'antécédent.

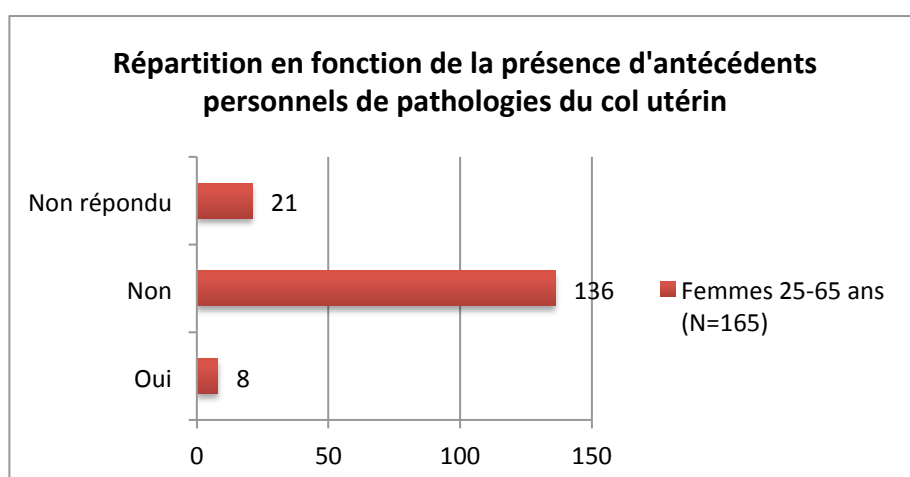


Figure 39 : répartition en fonction de la présence d'antécédents personnels de pathologies du col utérin.

B) La pratique du frottis cervico-utérin

91 % des femmes âgées de 25 à 65 ans sans antécédent personnel déclaraient pratiquer le FCU dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus.

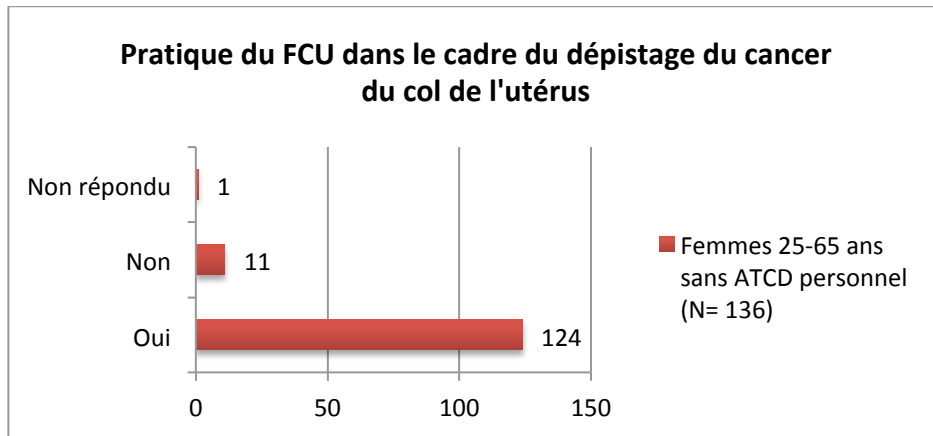


Figure 40 : pratique du FCU dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus.

C) Réalisation du FCU par tranche d'âge chez les femmes sans antécédent personnel

Le taux de participation le plus important était retrouvé dans la tranche d'âge 25-34 ans (100 %) mais cette population n'était composée que de 15 médecins. Il y avait 40 médecins dans la tranche d'âge 35-44 ans et elles avaient un taux de pratique estimé à 95 %. Les femmes âgées de 45 à 54 ans déclaraient pratiquer le FCU à 90 % (N=40) contre 85 % pour les femmes de la tranche d'âge 55-65 ans (N= 41).

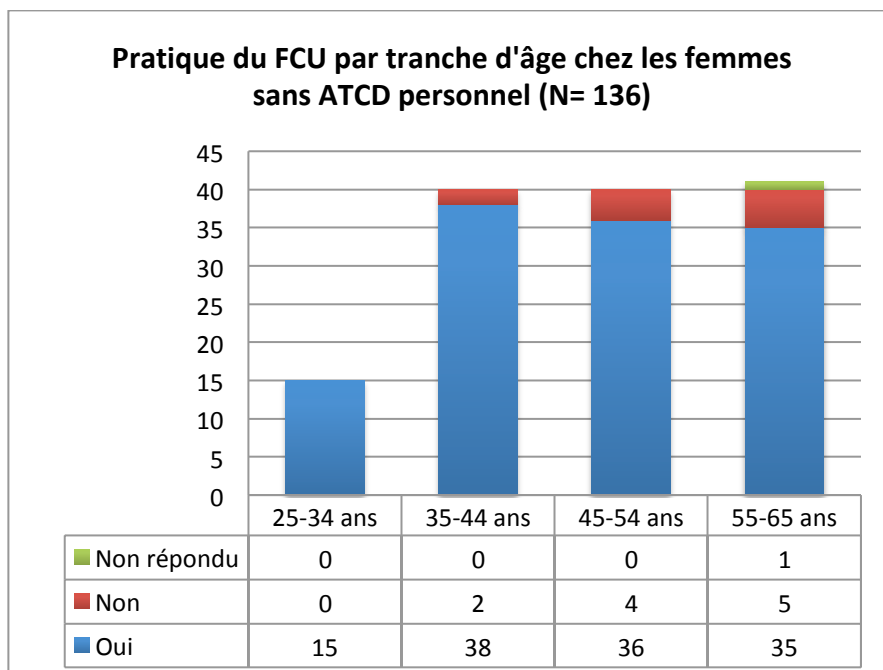


Figure 41 : pratique du FCU par tranche d'âge chez les femmes sans antécédent personnel (N= 136).

D) Réalisation du FCU par département

Le Calvados était le département avec le taux de pratique de FCU le plus important. Il était à 96%. 85 % des femmes étudiées du département de la Manche et de l'Orne déclaraient pratiquer le FCU.

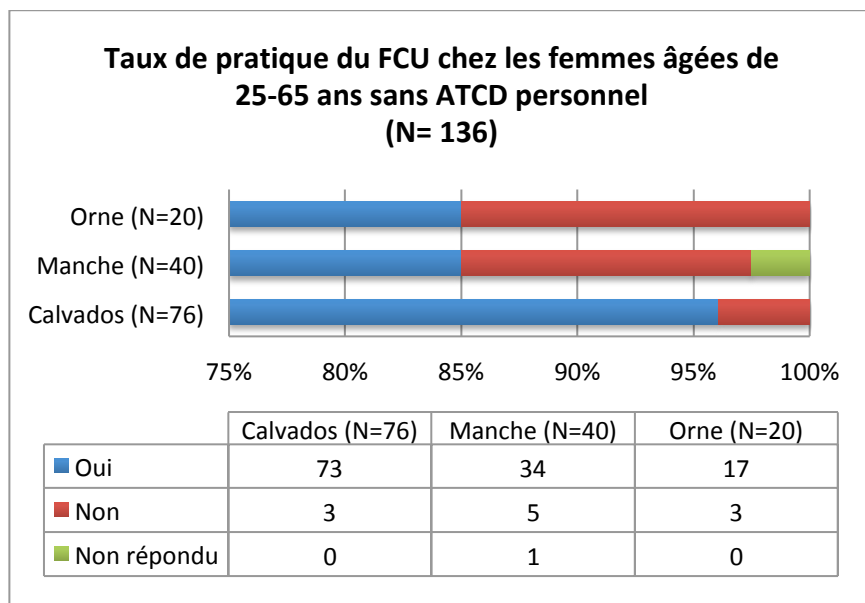


Figure 42 : taux de pratique du FCU chez les femmes âgées de 25-65 ans sans antécédent personnel (N= 136).

E) Fréquence de la pratique du FCU

69 % des femmes âgées de 25 à 65 ans qui ne présentent pas d'antécédent personnel pratiquaient le FCU au rythme recommandé par la HAS. 12 % d'entre elles étaient en « sur-dépistage » et 18 % en « sous-dépistage ».

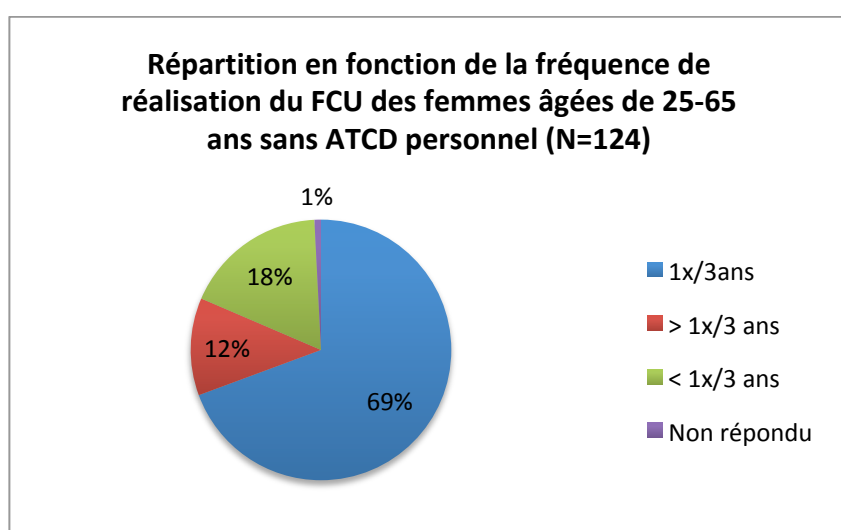


Figure 43 : répartition en fonction de la fréquence de réalisation du FCU des femmes âgées de 25-65 ans sans antécédent personnel (N=124).

F) Taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus sur les années 2016, 2017 et 2018

En ex-Basse-Normandie, les femmes éligibles au dépistage du cancer du col de l'utérus avaient un taux de participation de 68 % entre 2016 et 2018.

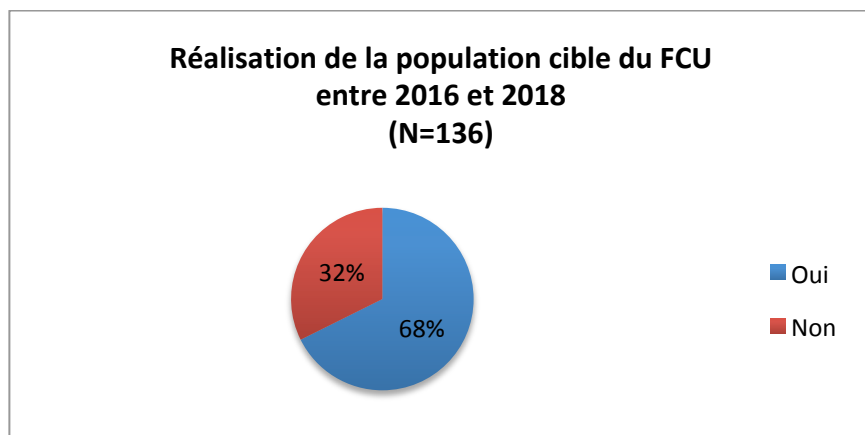


Figure 44 : réalisation de la population cible du FCU entre 2016 et 2018 (N=136).

G) Taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus entre 2016 et 2018 par département

La Manche présentait le taux de participation le plus important avec un taux estimé à 72 %. Le Calvados avait un taux de 71 %. Le taux le plus faible était retrouvé dans le département de l'Orne à 45 %. La différence entre les départements reste non significative. 72 % vs 45 % (p= 0,37).

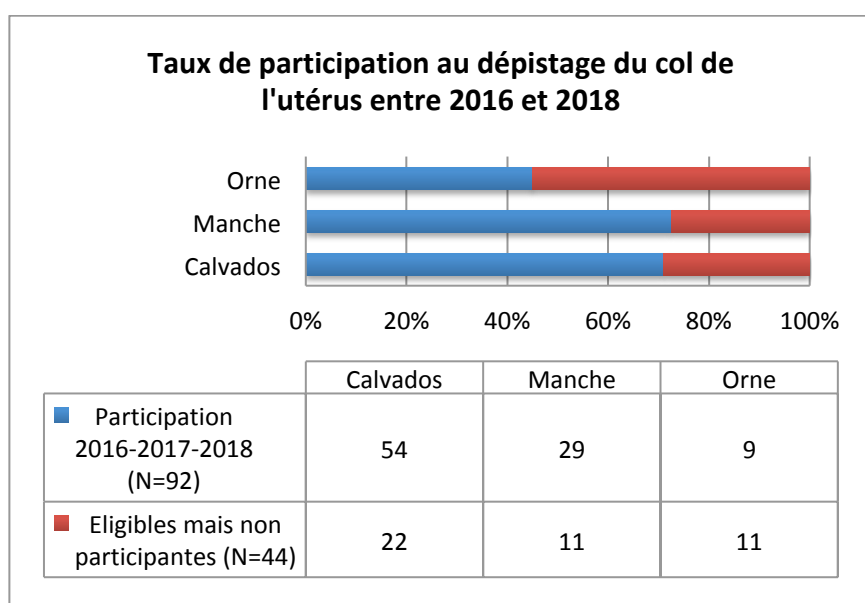


Figure 45 : taux de participation au dépistage du col de l'utérus entre 2016 et 2018.

H) Evaluation de leur dépistage

78 % des femmes âgées de 25 à 65 ans s'estimaient à jour dans leur dépistage du cancer du col de l'utérus.

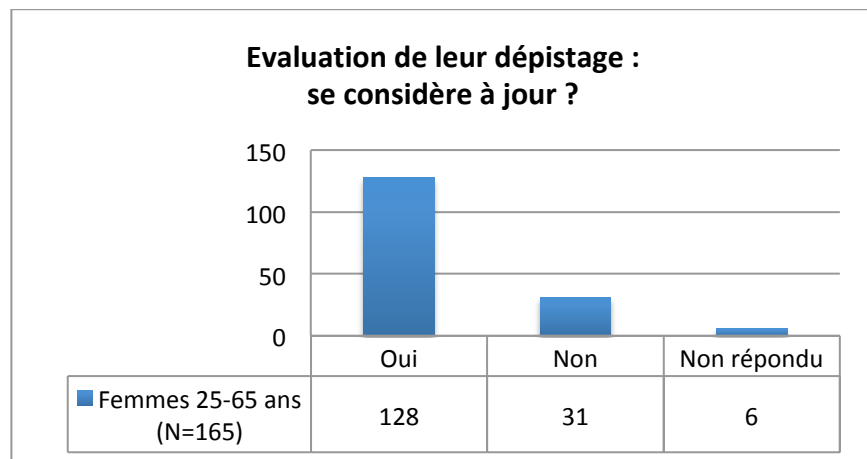


Figure 46 : évaluation de leur dépistage : se considère à jour ?

I) Difficultés à réaliser le FCU

74 % des femmes âgées de 25 à 65 ans estimaient ne pas ressentir de difficulté à la pratique du FCU. 21 % décrivaient des difficultés.

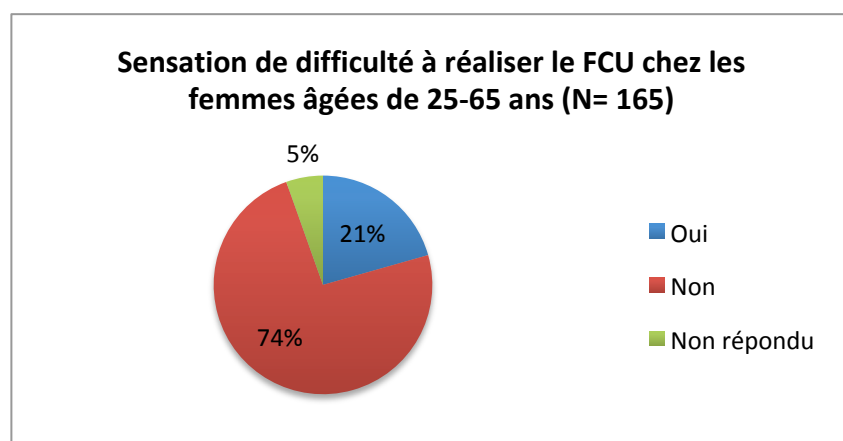


Figure 47 : sensation de difficulté à réaliser le FCU chez les femmes âgées de 25-65 ans (N= 165).

J) Nature des difficultés

45 % des difficultés évoquées étaient en lien avec le manque de temps. 17 % des difficultés étaient liées à l'oubli de pratiquer le FCU. Le manque de confiance dans le FCU était évoqué dans 11 % des cas.

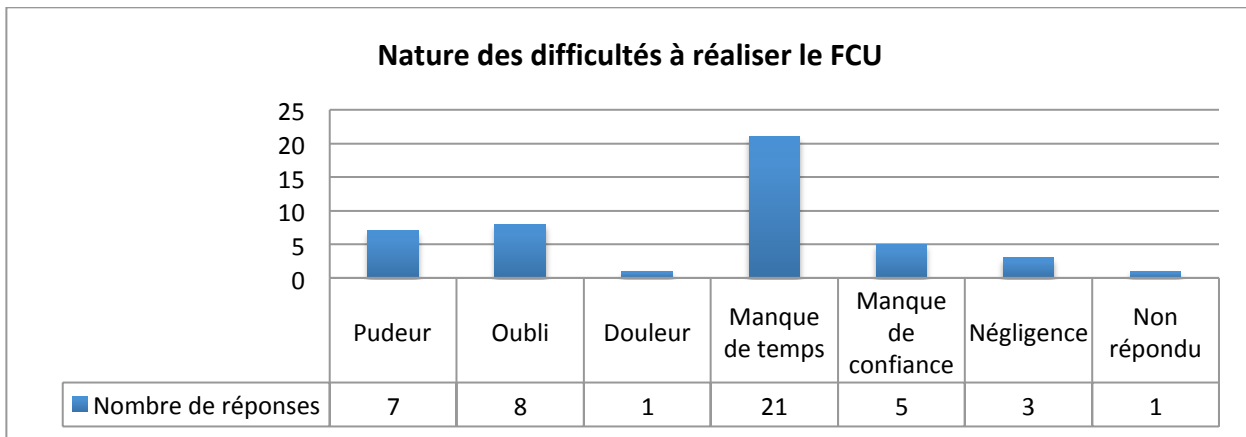


Figure 48 : nature des difficultés à réaliser le FCU.

K) Pratique du FCU pour ses patientes

88 % des femmes âgées de 25 à 65 ans déclaraient réaliser le FCU à leurs patientes.

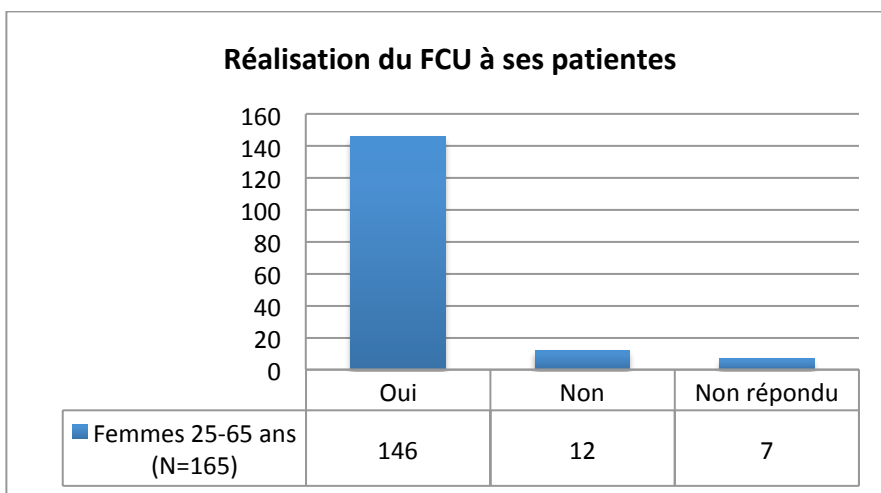


Figure 49 : réalisation du FCU à ses patientes.

L) Encouragement de la patientèle à la pratique du FCU

95 % des femmes âgées de 25 à 65 ans encourageaient leur patientèle à se faire dépister pour le cancer du col de l'utérus par le FCU.

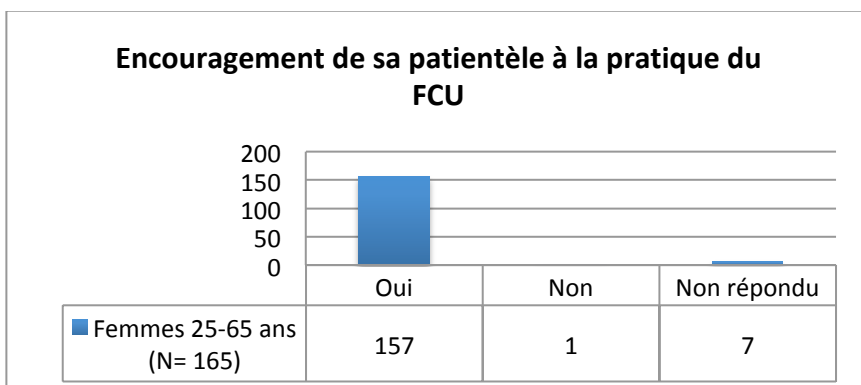


Figure 50 : encouragement de sa patientèle à la pratique du FCU.

VI. Les cancers cutanés

A) Dépistage des cancers cutanés

49 % des hommes et 46 % des femmes de cette étude déclaraient pratiquer un examen clinique pour dépister les cancers cutanés. La différence est non significative ($p=0,79$).

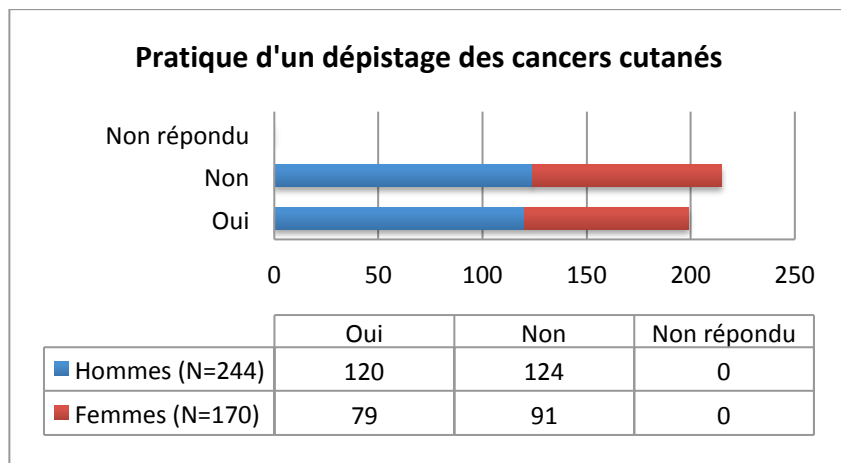


Figure 51 : pratique d'un dépistage des cancers cutanés.

B) Si oui, par qui ?

71 % des hommes et 78 % des femmes se faisaient dépister chez le spécialiste ($p=0,66$). 4 % des hommes et 0 % des femmes se faisaient dépister chez un confrère médecin généraliste ($p=0,16$).

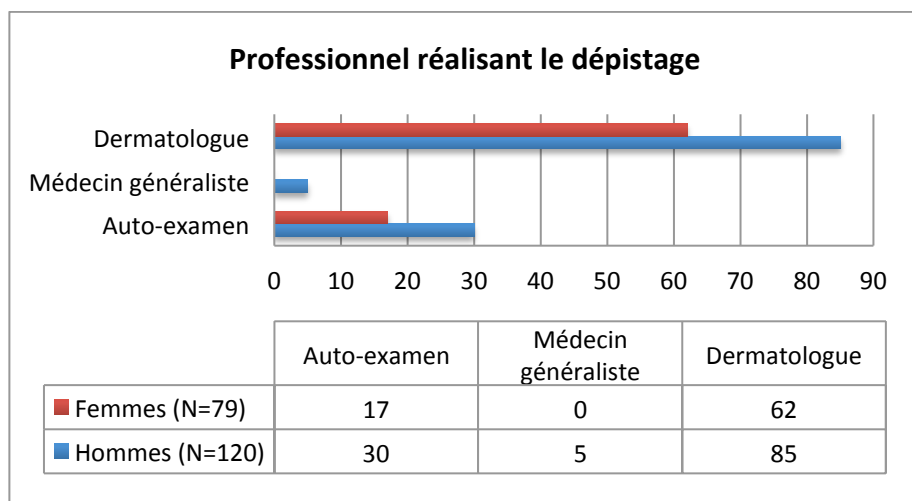


Figure 52 : professionnel réalisant le dépistage.

C) Evaluation de leur dépistage

55 % des hommes et 53 % des femmes se considéraient à jour de leur dépistage des cancers cutanés (p=0,93).

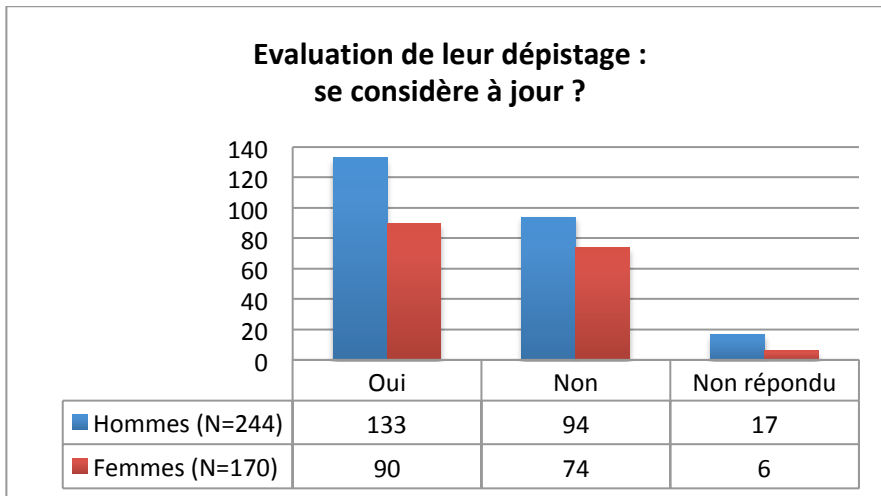


Figure 53 : évaluation de leur dépistage : se considère à jour ?

VII. Le cancer de la prostate

A) Pratique du dépistage du cancer de la prostate

48 % des hommes interrogés déclaraient se faire dépister pour le cancer de la prostate.

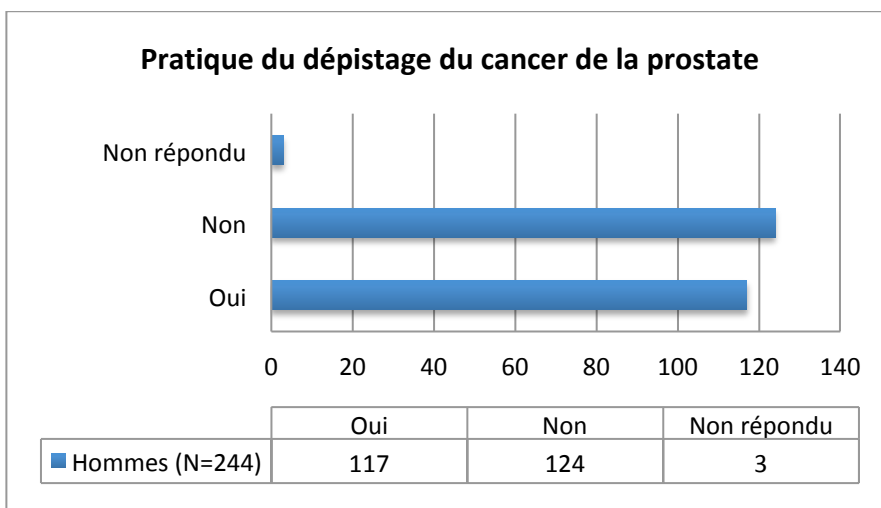


Figure 54 : pratique du dépistage du cancer de la prostate.

B) Taux de pratique du dépistage du cancer de la prostate chez les hommes âgés de 40 à 74 ans par tranche d'âge

A partir de 50 ans, la pratique du dépistage du cancer de la prostate semblait être homogène. Il n'y a pas de différence significative entre les tranches d'âge allant de 50 à 74 ans.

Les hommes âgés de 55 à 59 ans étaient ceux qui déclaraient pratiquer le plus le dépistage du cancer de la prostate avec un taux de pratique à 75 %.

Le taux de pratique le plus faible était chez les hommes âgés de 40 à 44 ans.

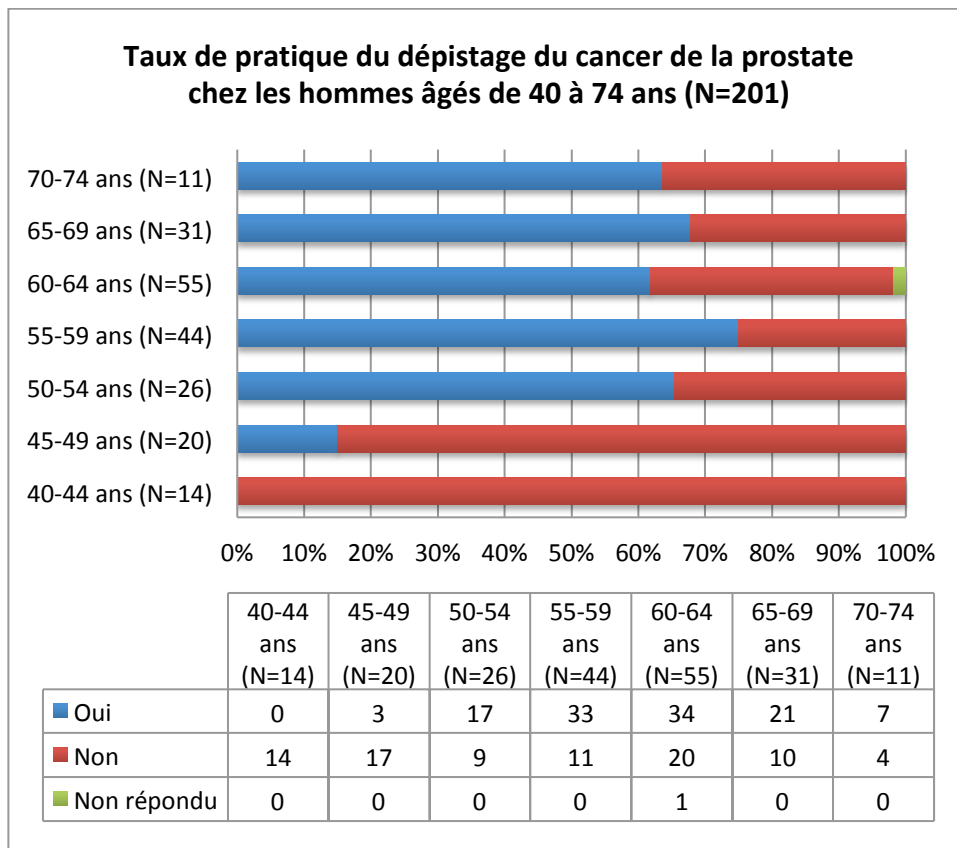
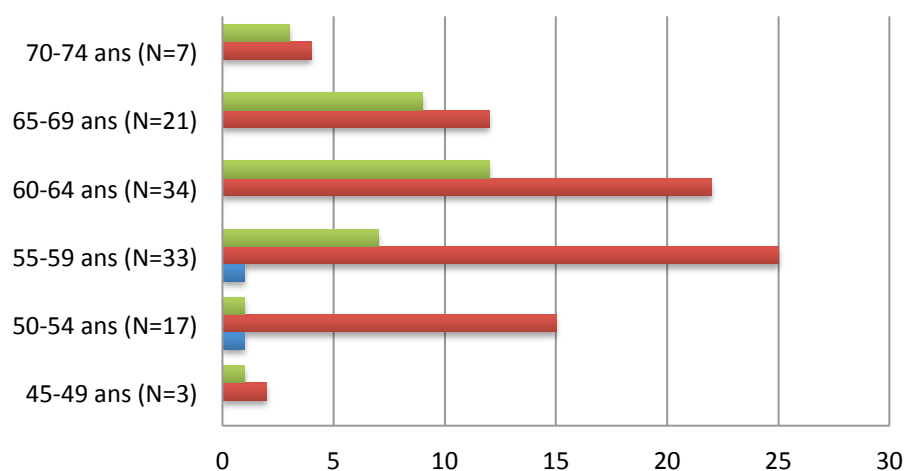


Figure 55 : taux de pratique du dépistage du cancer de la prostate chez les hommes âgés de 40 à 74 ans (N=201).

C) Examen de dépistage utilisé

Le dosage des PSA est l'examen le plus utilisé dans chacune des tranches d'âge chez les hommes âgés de 45 à 74 ans.

Examen de dépistage du cancer de la prostate utilisé par tranche d'âge chez les hommes âgés de 45 à 74 ans (N=115)



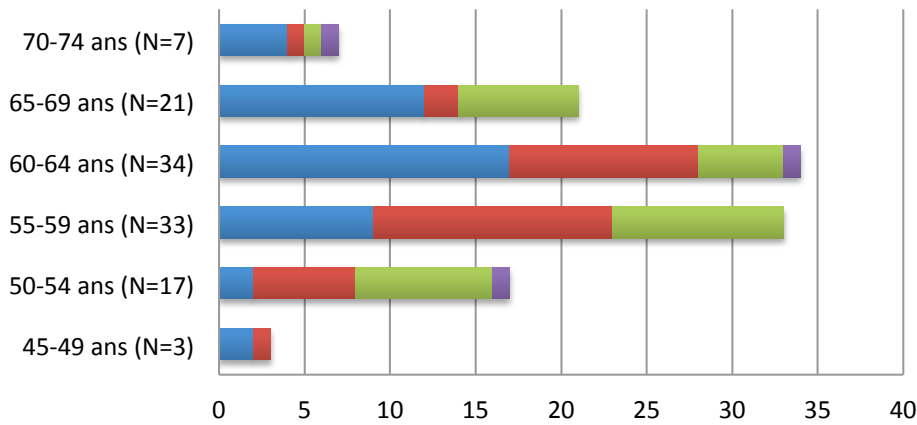
	45-49 ans (N=3)	50-54 ans (N=17)	55-59 ans (N=33)	60-64 ans (N=34)	65-69 ans (N=21)	70-74 ans (N=7)
■ Les deux	1	1	7	12	9	3
■ Dosage des PSA	2	15	25	22	12	4
■ Toucher rectal	0	1	1	0	0	0

Figure 56 : examen de dépistage du cancer de la prostate utilisé par tranche d'âge chez les hommes âgés de 45 à 74 ans (N=115).

D) Fréquence de la pratique du dépistage du cancer de la prostate

La fréquence à laquelle le dépistage est pratiqué était hétérogène dans chacune des tranches d'âge. Les hommes âgés de 55 à 59 ans, qui pratiquaient le plus le dépistage du cancer de la prostate, décrivaient une fréquence du dépistage plus d'une fois tous les deux ans pour 42 % d'entre eux. 50 % des hommes âgés de 60 à 64 ans avaient une fréquence de dépistage d'une fois tous les deux ans. Ce rythme était pratiqué pour 57 % des hommes âgés de 65 à 69 ans. Cette hétérogénéité retrouvée met en évidence le manque de recommandation claire concernant le dépistage du cancer de la prostate.

Fréquence de la pratique du dépistage du cancer de la prostate par tranche d'âge chez les hommes âgés de 45 à 74 ans (N=115)



	45-49 ans (N=3)	50-54 ans (N=17)	55-59 ans (N=33)	60-64 ans (N=34)	65-69 ans (N=21)	70-74 ans (N=7)
■ 1x/2 ans	2	2	9	17	12	4
■ > 1x/2 ans	1	6	14	11	2	1
■ < 1x/2 ans	0	8	10	5	7	1
■ Non répondu	0	1	0	1	0	1

Figure 57 : fréquence de la pratique du dépistage du cancer de la prostate par tranche d'âge chez les hommes âgés de 45 à 74 ans (N=115).

E) Evaluation de leur dépistage

61 % des hommes de cette étude se considéraient à jour de leur dépistage du cancer de la prostate. Le taux d'hommes qui ne se considéraient pas à jour était de 25 %.

**Evaluation de leur dépistage :
se considère à jour ?**

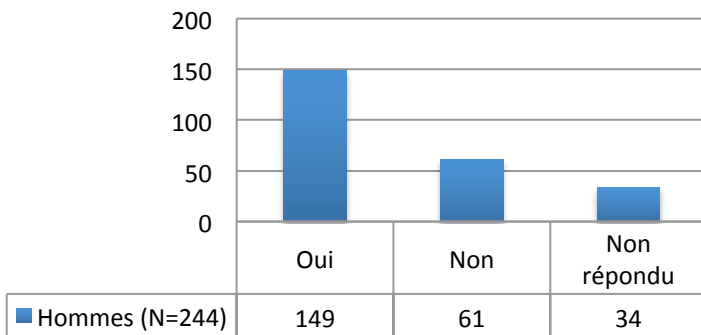


Figure 58 : évaluation de leur dépistage : se considère à jour ?

VII. Comparaison par rapport à la population générale

A) Le cancer colorectal

Cancer colorectal	Population générale 2017-2018			Population étudiée 2017-2018			Test exact de Fisher
	Nbre de participants*	Population cible**	Taux de participation	Nbre de participants	Population cible	Taux de participation	p
Basse-Normandie Femmes	78 402	214 030	36,6 %	36	62	58 %	0,03018
Calvados Femmes	33 917	97 039	30,4 %	22	39	56 %	0,07904 (NS)
Manche Femmes	27 592	74 533	37 %	8	16	50 %	0,49325 (NS)
Orne Femmes	16 893	42 458	39,8 %	6	7	86 %	0,21467 (NS)
Basse-Normandie Hommes	64 415	198 768	32,4 %	68	116	58 %	0,0002
Calvados Hommes	26 954	86 845	31 %	29	53	53 %	0,01853
Manche Hommes	23 453	71 625	32,7 %	26	43	61 %	0,01685
Orne Hommes	14 008	40 298	35 %	13	19	68 %	0,06765 (NS)
Basse-Normandie H+F	142 817	412 759	35 %	104	178	58 %	3,899E-5
Calvados H+F	60 871	183 851	33 %	51	92	54 %	0,004765
Manche H+F	51 045	146 155	35 %	34	59	58 %	0,02895
Orne H+F	30 901	97 357	37 %	16	26	73 %	0,02895

* D'après les données de l'InVS campagne de dépistage du cancer colorectal 2017-2018

** Après calcul du taux d'exclusion fournis par l'InVS campagne de dépistage du cancer colorectal 2017-2018

NS = Non significatif

Tableau 1 : Comparaison de la participation au dépistage du cancer colorectal de la population étudiée à la population générale.

B) Le cancer du sein

Cancer du sein	Population générale 2017-2018			Population étudiée 2017-2018			Test exact de Fisher
	Nbre de participants*	Population cible	Taux de participation	Nbre de participants	Population cible	Taux de participation	p
Basse Normandie	137 008	246 609	56 %	65	89	73 %	0,0933 (NS)
Calvados	62 303	111 539	56 %	38	51	75 %	0,1854 (NS)
Manche	47 874	85 179	56 %	18	27	67 %	0,6416 (NS)
Orne	26 831	49 891	54 %	9	11	82 %	0,3555 (NS)

* D'après les données de l'InVS campagne de dépistage du cancer du sein 2017-2018

Tableau 2 : Comparaison de la participation au dépistage du cancer du sein de la population étudiée à la population générale.

Discussion

I - Les biais méthodologiques et les limites du questionnaire

A) Les biais de sélection

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

- Le biais de recrutement : le questionnaire a été diffusé par voie postale et l'adresse d'expédition a été obtenue via le listing des médecins généralistes installés des départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne créé par l'URML. Un médecin non présent sur cette liste n'a pas pu recevoir le questionnaire et y répondre.
- Le biais de volontariat : les médecins ayant répondu à ce questionnaire sont susceptibles d'être plus à l'aise avec leur propre dépistage et donc il peut y avoir une surestimation de la participation aux dépistages.

B) Les biais d'information

- Le biais de déclaration : les résultats obtenus proviennent d'informations données par la population étudiée et n'ont pas été vérifiés à partir d'une autre banque de données. Nous sommes donc dépendants de la sincérité des répondants.
- Le biais de mémorisation : certaines questions portaient sur des données rétrospectives qui ont pu être faussées par un défaut de mémorisation.

C) Les limites du questionnaire

Dans ce type d'étude, l'élaboration du questionnaire est une étape cruciale. Celui-ci doit être compréhensible, clair et concis tout en cherchant à apporter les éléments de réponse nécessaires à l'écriture de cette thèse.

Lors de la réception des données et l'analyse des questionnaires reçus, des erreurs dans le contenu et dans la mise en page sont apparus évidents malgré une relecture plurielle avant l'envoi.

L'absence de question sur le sexe dans une étude épidémiologique est un oubli difficile à accepter mais de par les réponses obtenues, il a été très aisé de séparer les questionnaires hommes des questionnaires femmes. Aucun questionnaire analysé n'était douteux concernant le sexe du répondant.

De nombreuses questions se sont retrouvées sans réponse et cela provient probablement de la disposition et de l'ordre de ces questions.

A partir de la question 6, les questions portaient sur les dépistages des cancers. Le premier dépistage était celui du cancer colorectal indiqué chez les hommes et les femmes âgés de 50 à 74 ans. Il s'est avéré qu'un nombre important de médecins qui ne présentaient pas l'âge requis pour le dépistage colorectal n'ont pas répondu à la question 13 qui était à destination de toute la population sans limite d'âge. Nous n'avons donc pas pu analyser la question 13 par rapport à l'ensemble de la population étudiée. Cette erreur s'est répétée dans la partie cancer du sein pour la question 21 et dans le cancer du col de l'utérus pour la question 29 et 30. A chaque fois, le taux de non réponse était trop important pour pouvoir les analyser sur l'ensemble de la population. Il aurait donc été plus judicieux de poser la question de l'encouragement de la patientèle en dehors du cadre du dépistage des cancers pour éviter que seule la population éligible y réponde.

La formulation des questions 7 et 15 était maladroite : « Effectuez-vous régulièrement le test de dépistage du cancer (...) ? ». Le terme « régulièrement » n'avait pas d'intérêt et a probablement engendré une certaine confusion chez les personnes n'ayant participé qu'une seule fois au dépistage. Il aurait été préférable la formule comme suit : « Effectuez-vous le test de dépistage du cancer (...) ? ».

Le questionnaire est composé de questions fermées avec des réponses allant de « a » à « f » dans certains cas. La question 22 : « Présentez-vous des antécédents personnels de pathologies du col utérin ? » n'est pas suivie de proposition de réponses et celle-ci devait être répondue en manuscrit. Cette différence de mode opératoire peut être responsable d'un taux de non réponse plus important.

II. Les caractéristiques démographiques

A) Répartition selon l'âge

L'âge moyen des médecins de notre étude était de 52,4 ans. Il était de 50,8 ans pour le département du Calvados, 53,8 ans pour le département de la Manche et de 55,7 ans pour le département de l'Orne.

Les médecins de notre échantillon étaient donc légèrement plus âgés que la moyenne d'âge établie par la cartographie interactive de la démographie médicale qui retrouve un âge moyen de 51 ans en 2019.

L'âge moyen du Calvados est de 48 ans, 50 ans pour la Manche et 52 ans pour l'Orne (69).

B) Répartition selon le sexe

Dans notre étude, 59 % des médecins étaient des hommes et 41 % étaient des femmes. La répartition par département était de 57 % d'hommes et 43 % de femmes dans le département du Calvados. Les départements de la Manche et de l'Orne avaient la même répartition qui était de 60 % d'hommes et 40 % de femmes.

Comparé aux données de la cartographie interactive de la démographie médicale, notre échantillon était d'avantage masculin avec un sex-ratio de 1,43. Il est de 1,28 dans les trois départements de l'ex-Basse-Normandie en 2019 (69).

III. Le cancer du sein

Dans notre étude, le taux de participation à la campagne de dépistage du cancer du sein 2017-2018 était de 73 % chez les médecins généralistes. Ce taux de participation correspond aux données retrouvées en Franche-Comté en 2015 ainsi qu'en Ile-de-France en 2017 qui était respectivement de 72 % et 76 % (13)(27).

Durant la campagne 2017-2018, le taux de participation de la population générale était de 50,1% en France et de 55,6% en ex-Basse-Normandie.

Parmi ces trois départements, l'Orne était le département avec le taux de participation le plus important chez les médecins alors qu'il était celui avec le taux le plus faible dans la population générale en 2017-2018 (82 % vs 53,8 %).

Le Calvados avait un taux de participation de 75 % chez les médecins et il était de 55,9 % dans la population générale. Pour le département de la Manche, le taux était de 67 % chez les médecins et il était de 56,2 % dans la population générale.

On peut ainsi remarquer une inversion des taux de participation entre les médecins et la population générale pour les départements de la Manche et de l'Orne.

La faiblesse de notre échantillon n'a pas permis de mettre en évidence des différences significatives entre notre population étudiée et la population générale mais il semble néanmoins que les femmes médecins généralistes sont impliquées dans le dépistage du cancer du sein et que leur participation est supérieure aux recommandations européennes, qui préconisent un taux de participation de 70 %.

Il faut rappeler aussi que dans le cadre du dépistage du cancer du sein, il existe en plus de la participation au dépistage organisé, une participation dans le cadre d'une démarche de détection individuelle dont le taux est estimé entre 10 et 15 % pour les femmes âgées de 50 à 74 ans (70). Cette participation au dépistage individuel n'a pas été évaluée dans notre étude.

94 % des femmes éligibles au dépistage du cancer du sein de notre étude encourageaient leur patientèle à réaliser la mammographie dans le cadre du dépistage organisé. Il semble donc que les critiques du monde scientifique, à l'égard du dépistage organisé, n'ont pas eu d'impact sur la confiance des médecins généralistes en celui-ci.

IV. Le cancer du côlon

Dans notre étude, le taux de participation à la campagne 2017-2018 était identique pour les hommes et les femmes et il était de 58 %.

Il est surprenant de retrouver une participation équivalente entre les deux sexes. Concernant la population médicale, il est habituellement décrit une participation plus importante des hommes sur celle des femmes au dépistage du cancer colorectal que ce soit avec le test au gâïac ou un test immunologique. L'étude de la DRESS en 2010 évoquait une participation de 36 % pour les hommes et 34 % pour les femmes avec le test Hemocult® (25). Lors de l'étude sur la santé des médecins généralistes bas-normands réalisée en 2011, 40,5 % des hommes et 30 % des femmes avaient réalisé leur test dans les deux ans (26). Il en est de même dans l'étude franc-comtoise de 2015, les hommes médecins participaient plus au dépistage colorectal et les résultats sont proches de ceux retrouvés dans notre échantillon (53,6 % pour les hommes et 49,3 % pour les femmes) (13).

Dans la population générale, les femmes ont un taux de participation plus élevé que celui des hommes. Durant la campagne 2017-2018, en France, le taux de participation brut est estimé à 30,9 % pour les hommes et 33,5 % pour les femmes ce qui équivaut à un taux de 32,3 % tous sexes confondus. Il en est de même pour les trois départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne où la participation des femmes est supérieure à celle des hommes.

Les hommes et les femmes médecins de notre étude semblent plus participer que la population générale à la campagne de dépistage du cancer colorectal de 2017-2018. Mais parfois le calcul de la différence n'est pas significatif puisque les échantillons sont trop faibles, notamment lorsque l'on compare par département et par sexe. En revanche, le taux de participation des médecins tous sexes confondus de l'ex-Basse-Normandie est nettement supérieur à celui de la population générale (58 % vs 35 %) et cela avec un calcul du p permettant d'exclure l'hypothèse nulle : $p = 3,899 \times 10^{-5}$.

Il est donc probable qu'avec des échantillons de plus grande taille nous retrouverions des résultats équivalents lors de la comparaison par département et par sexe.

Il semble que les médecins s'approprient de manière adaptée le dépistage du cancer colorectal, mais celui-ci est insuffisamment pratiqué par leur patientèle. Or, d'après une étude réalisée par l'INCa, lorsque le test de recherche de sang dans les selles est remis et expliqué par le médecin traitant, le test est réalisé près de 9 fois sur 10 (71).

L'effet attendu sur le taux de participation suite à l'instauration du test immunologique n'a pas eu lieu. Cela peut-être en partie expliqué par un défaut d'explication quant aux bénéfices attendus du dépistage auprès de la patientèle ou par une maladresse de communication. En effet, certains outils de communication ont montré leur efficacité dans la participation des patients au dépistage colorectal (72). Mais expliquer de façon claire et appropriée nécessite du temps et celui-ci fait défaut pour 27% des médecins généralistes (71). Il a été évoqué de mettre en place une consultation dédiée à la remise du kit de recherche de sang dans les selles, celle-ci aurait le mérite de permettre au médecin d'énoncer les intérêts du dépistage organisé sans être phagocyté par de multiples motifs de consultation (73). Une seconde hypothèse pour expliquer la stagnation du taux de participation malgré la proposition d'un test immunologique est l'arrêt de l'envoi du test avec la seconde relance, (arrêté du 23 sept 2014), alors que cet envoi était systématique avec le test au gâiac. Cette hypothèse est prise au sérieux par la Direction Générale de la Santé à tel point que parmi les modifications du cahier des charges du dépistage organisé du cancer colorectal notifiées dans l'arrêté en date du 19 mars 2018 figure la reprise de l'envoi d'un test au domicile des personnes éligibles avec le courrier de seconde relance à condition que celles-ci aient participé au moins à l'une des trois précédentes campagnes de dépistage organisé.

V. Le cancer du col de l'utérus

Dans notre étude, le taux de participation par FCU entre 2016 et 2018 était de 68 %. Ce résultat est plus faible que l'estimation qui avait été réalisée par la DRESS pour laquelle 79 % des médecins femmes avaient déclaré être à jour de leur dépistage du cancer du col de l'utérus (25). Dans l'étude réalisée chez les médecins généralistes bas-normands de 2011, 77 % des médecins femmes étaient à jour de leur FCU (26).

Néanmoins, la participation de notre étude est plus importante que celle retrouvée dans la population générale de Normandie estimée à 56,9 % entre 2015 et 2017 (49).

Le rythme auquel les femmes pratiquent le FCU peut ne pas suivre les recommandations de la HAS. Dans la population générale, seulement 7,8 % des femmes respectent le délai de 3 ans recommandé entre chaque dépistage. Ainsi 51,6 % des femmes réalisent un dépistage à un rythme "sous optimal" avec un intervalle entre FCU supérieur à 3 ans et 40,6 % réalisent un sur-dépistage avec un FCU tous les 2 ans ou tous les ans (53). Dans notre étude, les médecins femmes respectaient le rythme recommandé par la HAS dans 69 % des cas. Seulement 12 % étaient en « sur-dépistage » et 18 % étaient en « sous-dépistage ».

Les femmes médecins semblent plus participer que la population générale et cela tout en respectant mieux le délai recommandé entre chaque dépistage. Mais le taux reste encore inférieur à l'objectif fixé de 80 % de participation sur 3 ans.

VI. Les cancers cutanés

La moitié des hommes et des femmes de l'étude déclaraient ne pas pratiquer d'examen clinique en vue d'un dépistage des cancers cutanés et notamment du mélanome.

Cela paraît étonnant de prime abord, sachant que le mélanome, pour être de bon pronostic, doit être dépisté tôt. Il est évident que ce résultat est dépendant de la zone géographique dans laquelle la question est posée mais la proximité des côtes en Basse-Normandie et toutes les activités associées sont des facteurs d'exposition solaire à ne pas négliger.

Une très large majorité dans les deux sexes consultait le spécialiste plutôt qu'un confrère médecin généraliste. En effet, il semble de par cette réponse, que le médecin généraliste, dans le cadre du dépistage cutané des lésions pigmentées, n'a pas suffisamment confiance en sa capacité à reconnaître les cancers cutanés et cela se retrouve notamment dans sa pratique : le médecin généraliste adresse très facilement vers le dermatologue les plaintes concernant les nævi (74). Mais l'évolution démographique prévisionnelle des dermatologues semble défavorable, le nombre de dermatologue devrait baisser de 30 % d'ici 2030 (75). C'est pourquoi la télémédecine semble intéressante dans ce domaine, elle peut ainsi faciliter l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire et répondre aux évolutions démographiques (76).

Le médecin généraliste, en tant que médecin de premier recours, est idéalement placé pour le dépistage précoce de ce type de lésion, encore doit-il se sentir capable et compétent pour une telle démarche.

VII. Le cancer de la prostate

L'âge est un déterminant majeur dans le dépistage de la prostate chez le médecin généraliste. La limite d'âge inférieure semble être aux alentours de 50 ans, ce qui correspond à l'âge moyen du début de prescription du dosage de PSA en France dans la population générale et cela suit les recommandations de l'AFU (77).

Allant dans le même sens, 71 % des médecins généralistes préconisaient ce dépistage à partir de 50 ans dans l'étude menée par l'INCa en 2010 (71).

Dans notre étude, les hommes qui pratiquaient le plus le dépistage du cancer de la prostate étaient plus jeunes que dans la population générale. Les médecins étaient âgés entre 55 et 59 ans alors qu'en 2011 dans la population générale, ils étaient âgés entre 65 et 69 ans (78).

L'âge moyen d'apparition du cancer de la prostate est de 70 ans, pour autant, la pratique du dépistage dès l'âge de 50 ans est fréquente.

Le dosage des PSA seul était l'examen le plus utilisé dans chacune des tranches d'âge chez les hommes âgés de 45 à 74 ans de notre étude. Ce résultat est retrouvé dans la population générale dans le Baromètre Cancer 2010 (34).

Concernant le toucher rectal, moins de la moitié des médecins de notre étude se faisaient dépister par cet examen, qu'il soit associé ou non au dosage des PSA. L'étude de l'OPEPS (Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé) de 2009 constate un taux de pratique du toucher rectal de 40 % dans la population générale (79).

Tout comme chez les médecins, il existe dans la population générale une grande variabilité dans la fréquence à laquelle le dépistage est réalisé (71). Cela témoigne de l'absence de consensus scientifique et de l'absence de position institutionnelle tranchée.

Conclusion

Les résultats de notre étude sont cohérents et rejoignent ceux de la littérature scientifique.

Les médecins généralistes bas-normands s'emparent des dépistages organisés des cancers du sein et du côlon ainsi que du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus. Leur participation est supérieure à celle de la population générale pour chacun des programmes de dépistage. Cette pratique traduit une confiance certaine dans les programmes mis en place par les autorités de santé et cela malgré les controverses et critiques essuyées.

A la lumière des travaux antérieurs complétés par notre étude, cela permet de faire ressortir deux problématiques. La première est que malgré une participation active, le médecin n'est pas satisfait de sa prise en charge ainsi que de son comportement par rapport à sa propre santé. La deuxième questionne sur les raisons d'un défaut de participation de la population générale alors que leur principal interlocuteur y participe.

Ainsi, concernant le dépistage, le comportement du médecin généraliste semble plutôt adapté et objectif. Néanmoins, près de 70 % des médecins de notre étude s'étaient déclarés comme étant leur propre médecin traitant. Ce chiffre est même moins important que celui estimé par le rapport du CNOM de 2008 qui était de 80 % (5). En s'auto-déclarant, le médecin perd par là même les bénéfices d'un examen clinique, d'interaction et d'objectivité d'une tierce personne, ce qui peut, nous l'avons déjà évoqué, avoir des conséquences délétères.

C'est pourquoi en 2017, le Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs (CFAR) a décidé de lancer la campagne de sensibilisation « Dis doc, t'as ton doc ? » (80). Elle a pour vocation d'inciter les médecins à se faire soigner en abandonnant l'autodiagnostic et l'automédication. Ce projet a une vocation incitative.

Mettre en place des mesures plus contraignantes comme l'interdiction de se déclarer comme son propre médecin traitant n'a pas permis de modifier la pratique des médecins généralistes d'outre-Manche : près de 80 % d'entre eux ne consultaient jamais leur médecin traitant déclaré (44). En Haute-Normandie, en 2009, a été créée IMHOTEP, une structure dédiée aux médecins et à leur santé. Celle-ci pouvait proposer un soutien psychologique, des consultations anonymes mais aussi des examens complémentaires à l'ensemble des médecins de la région. Libre à eux d'y participer ou non. En 2015, faute de moyens et d'activité, la structure a dû fermer (81). Donc, même lorsque les dispositifs existent, les médecins ne les utilisent pas.

Chaque médecin est libre de se prendre en charge comme il le souhaite, comme tout patient. En revanche, s'il est suffisamment informé des avantages et des contraintes qui s'offrent à lui, son choix se fera de façon éclairée. Se pose alors la question d'un manque d'information délivrée aux

professionnels de santé. Celle-ci pourrait être délivrée aux médecins mais aussi aux étudiants pendant leur cursus médical. Le troisième cycle des études médicales pourrait intégrer des formations concernant la gestion de sa propre santé. Alors peut-être que les médecins de demain s'empareront des structures mises en place. Puisque ce modèle semble fonctionner pour les dépistages organisés, nous pouvons imaginer la possibilité d'une invitation à la pratique d'un examen clinique et d'un bilan complémentaire dans le cadre d'une médecine préventive.

L'augmentation récente du nombre de travaux effectués sur la santé du médecin confirme, en tout état de cause, que cette problématique semble préoccuper les nouvelles générations.

Les principaux acteurs et prescripteurs de ces dépistages de cancers semblent être convaincus de leurs bénéfices puisqu'ils y participent. Comment expliquer un tel décalage de participation par rapport à leur patientèle et comment chercher à le réduire ?

Il semble qu'un premier élément de réponse réside dans le concept de « gradient social » des inégalités de santé. Il est illusoire de croire que les effets des programmes de prévention sont homogènes pour tous les groupes de population (24). La capacité à tirer profit des interventions préventives est d'autant plus importante que la classe socio-environnementale est dite favorisée. Ainsi, les groupes de population favorisée vont tirer profit des mesures préventives, et cela de manière plus efficace que les populations défavorisées, engendrant une accentuation du gradient social des inégalités.

En accord avec ce principe, le médecin, en tant que professionnel de santé et faisant partie des classes sociales favorisées, est bien placé pour comprendre et mettre en pratique tout l'intérêt des campagnes de dépistage. Mais l'objectif est bien de réduire ce gradient des inégalités de santé. Il faut donc mettre en place des mesures permettant aux personnes qui ne participent pas d'avoir accès aux informations nécessaires pour que leur choix de faire ou de ne pas faire se fasse de manière éclairée. Les principes d'égalité et d'équité sont donc importants à introduire. L'égalité repose sur la volonté d'offrir la même chose à tous sans distinction. Une telle pratique peut-être donc à l'origine d'une majoration du gradient social des inégalités de santé sachant que les populations défavorisées n'ont pas les mêmes besoins en matière de santé ni les mêmes capacités à tirer bénéfice des programmes de prévention. L'équité vise à s'assurer que les populations ont en fonction de leurs besoins. C'est s'adapter à la population pour qu'elle puisse tirer au mieux les bénéfices d'un programme mis en place. L'équité est donc le moyen et l'égalité le résultat. Ce sont par des mesures et actions spécifiques à destination de groupes de population socialement différenciés que l'on pourra espérer une participation plus forte de la population générale aux campagnes de dépistage organisé. Ainsi, le gradient social pourra être moins marqué.

La mise à disposition d'un mammobile dans les autres départements de la région Normandie pourrait ainsi être envisagée pour favoriser l'accès au dépistage pour les populations les plus éloignées des systèmes de prévention et de soin. La carte de participation par canton à la campagne du dépistage organisé du cancer du sein 2016-2017 des départements du Calvados et de la Manche en annexe 4 met en évidence un lien entre l'éloignement des centres de radiologie et une participation plus faible à la pratique de la mammographie. Il serait intéressant de déterminer si il en est de même dans les départements de l'Eure et de la Seine Maritime.

Afin d'évaluer l'apport du mammobile dans le dépistage du cancer du sein et la lutte contre les inégalités d'accès à ce dépistage, l'équipe de l'unité 1086 INSERM ANTICIPE de Caen a élaboré un protocole de recherche sur deux ans concernant les quatre départements normands dépourvus de mammobile, protocole validé par l'Institut National du Cancer. Ce projet collectif associe les conseils départementaux de l'Eure, du Calvados, de la Seine Maritime et de la Manche, qui financent l'acquisition du mammobile, l'Union Régionale des Médecins Libéraux et les représentants des radiologues de la région, l'Agence Régionale de Santé, l'association Dépistage des cancers Centre de coordination Normandie et les antennes départementales, l'Institut Régional de Travail Social. Cette étude prospective et randomisée devrait pouvoir démarrer début 2020.

Concernant la prévention primaire du cancer du col de l'utérus, la France présente un retard certain de couverture vaccinale anti-HPV (82). On sait que pour près de 100 % des cas, le cancer est attribuable à une infection d'HPV à haut risque oncogène (83). Le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) rappelle en 2016 que l'augmentation de la couverture vaccinale des jeunes filles reste la priorité pour la prévention des maladies liées à l'infection par les HPV et qu'une couverture vaccinale élevée chez les femmes procure une protection indirecte chez les hommes hétérosexuels (84). Mais qu'en est-il de la vaccination des jeunes hommes pour la protection indirecte des femmes ? Pourtant, déjà quatre pays recommandent de vacciner à la fois les jeunes femmes mais aussi les jeunes garçons. Ce sont l'Australie, les Etats-Unis, le Canada et l'Autriche (85).

Dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus, comme il a déjà été évoqué, l'envoi d'un kit d'auto-prélèvement vaginal lors de la relance chez les femmes non dépistées pourrait favoriser leur participation. Le cahier des charges du programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus publié au Journal Officiel le 6 mai 2018 précise que la réduction des inégalités d'accès au dépistage est une des priorités de ce programme et incite fortement les structures en charge de ce dépistage à mettre en place des actions spécifiques et à les évaluer. Mais ceci suppose des moyens conséquents, avec des professionnels formés à l'accompagnement des populations en situation de précarité, en situation de handicap, et un partenariat solide avec les associations de terrain et les travailleurs sociaux pour constituer un véritable maillage territorial.

La mise en place d'une consultation dédiée aux dépistages organisés aurait pour avantage de valoriser la place du médecin généraliste dans le parcours de soins de son patient, dans le cadre des cancers et de leur prévention. De plus, cela permettrait aux médecins d'avoir du temps pour délivrer les informations nécessaires au patient, d'évoquer les bénéfices et risques inhérents à chacun des dépistages pour que celui-ci fasse un choix éclairé quant à sa propre participation. Une consultation était prévue pour les femmes âgées de 25 ans mais malgré une annonce officielle effectuée en avril 2017, cette consultation n'est pas effective à ce jour.

Le territoire normand bénéficie d'un moins bon environnement socio-économique que le territoire national et il se distingue des autres régions par une surmortalité par cancer pour l'ensemble des localisations cancéreuses. (86) Il en va donc de la responsabilité des pouvoirs publics de mettre en place des mesures adaptées pour répondre à une telle problématique, et de donner la possibilité et donc les moyens aux acteurs de terrains, professionnels de santé, chercheurs, travailleurs sociaux et associations d'œuvrer pour une meilleure équité dans la prévention et l'accès aux soins aux travers d'actions validées et évaluées.

Bibliographie

1. WONCA definition French version.pdf [Internet]. [cité 3 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
2. Falissard B. Physicians' health: some elements of debate from a textual analysis of the literature. 2016;9.
3. GALLICE Laurianne. La santé des médecins généralistes français: à partir d'une étude de la littérature de 2003 à 2013. [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier de Toulouse; 2014. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/442/>
4. 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. France; 2006.
5. LE MÉDECIN MALADE. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 28 juin 2008 Dr Bertrand LERICHE (Rapporteur) Drs Marc BIENCOURT, Patrick BOUET, Monique CARTON, Piernick CRESSARD, Jean-Marie FAROUDJA, Jacques LUCAS, Francis MONTANE, Jean-Claude MOULARD.
6. LA SANTÉ DES MÉDECINS : UN ENJEU MAJEUR DE SANTÉ PUBLIQUE DU DIAGNOSTIC AUX PROPOSITIONS [Internet]. [cité 3 avr 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_sante_des_medecins.pdf
7. Les stratégies de dépistage des cancers - Dépistage et détection précoce [Internet]. [cité 6 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Strategies-de-depistage>
8. PARCOURS DE SOINS COORDONNES. solidarites-sante.gouv.fr.
9. Le cancer du sein : points clés - Cancer du sein [Internet]. [cité 3 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-points-cles>
10. Santé publique France - Le cancer en France métropolitaine : projections d'incidence et de mortalité par cancer en 2017 [Internet]. [cité 18 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Le-cancer-en-France-metropolitaine-projections-d-incidence-et-de-mortalite-par-cancer-en-2017>
11. Cowppli-Bony A, Colonna M, Ligier K, Jooste V, Defossez G, Monnereau A, et al. Épidémiologie descriptive des cancers en France métropolitaine : incidence, survie et prévalence. Bulletin du Cancer [Internet]. 2 mars 2019; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0007455119300670>
12. Dépistage du cancer du sein - Se faire dépister [Internet]. [cité 3 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-sein>
13. Cylinski C. Les médecins généralistes et leurs propres dépistages des cancers: évaluation des pratiques des médecins franc-comtois : évaluer la prévalence des médecins généralistes franc-comtois ayant réalisé leurs propres tests de dépistage pour le cancer du sein, du col de l'utérus, du colon et de la prostate [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2015.
14. HAS SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS EN SANTÉ PUBLIQUE La participation au dépistage du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans en France Novembre 2011. [Internet]. [cité 20 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-07/synthese_et_recommandations_participation_depistage_cancer_du_sein.pdf

15. HAS. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé Dépistage et prévention du cancer du sein. Février 2015 [Internet]. [cité 22 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf
16. Bulletin Officiel n°2001-43 [Internet]. [cité 22 avr 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2001/01-43/a0432846.htm>
17. Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers.
18. Benefices de l'activité physique pendant et apres cancer synthese. Mars 2017. INCa.
19. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2017-2018 / Indicateurs d'évaluation / Evaluation du programme de dépistage du cancer du sein / Evaluation des programmes de dépistage des cancers / Cancers / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 11 avr 2019]. 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-2017-2018>
20. Influence de l'environnement socio-économique et de l'offre de soins sur la participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein, Calvados (France), 2004-2006. Carole Pernet, Olivier Dejardin, Lydia Guittet, Marie-Christine Quartier, Véronique Bouvier, Guy Launoy. BEH 26 sept 2012 [Internet]. [cité 22 mars 2019]. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=8466
21. Plan-cancer-2014-2019-obj1.pdf.
22. Cancer Rose [Internet]. Cancer Rose. [cité 20 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.cancer-rose.fr/>
23. Cancer du sein : «Les détracteurs du dépistage sont irresponsables» [Internet]. leparisien.fr. 2018 [cité 22 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.leparisien.fr/societe/sante/cancer-du-sein-les-detrateurs-du-depistage-sont-irresponsables-06-11-2018-7936614.php>
24. Guillaume E. Organisation collective du dépistage des cancers et réduction des inégalités sociales de santé [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen Normandie; 2017. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01688446>
25. Santé physique et psychique des médecins généralistes. Juin 2010. DRESS [Internet]. [cité 22 févr 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er731.pdf>
26. L'état de santé des médecins généralistes bas-normands :Un thème au coeur des préoccupations de l'URML et de l'ORS de Basse-Normandie.
27. Tsnobiladzé-Saab S. Santé des médecins généralistes: dépistage du cancer chez les médecins généralistes franciliens de sexe féminin [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2017.
28. Conférence de consensus Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du côlon. /data/revues/03998320/00220002/205/ [Internet]. 29 févr 2008 [cité 22 avr 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/97929>
29. Faivre J, Lepage C, Viguier J. Cancer colorectal : du diagnostic au dépistage. /data/revues/03998320/v33i8-9/S0399832009002486/ [Internet]. 21 sept 2009 [cité 21 févr 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/226457>
30. Le cancer colorectal - Les cancers les plus fréquents [Internet]. [cité 1 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-colorectal>
31. referentieleps_format2clic_kc_colon-vfinale_2013-08-30_vf_mel_2013-08-30_12-18-6_653.pdf

- [Internet]. [cité 22 févr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_colon-vfinale_2013-08-30_vf_mel_2013-08-30_12-18-6_653.pdf
32. Le dépistage organisé du cancer colorectal. *Actualités Pharmaceutiques*. 1 juin 2018;57(577):24-6.
 33. Dumontier C. *Obstacles et motivations des médecins généralistes pour eux-mêmes: le dépistage du cancer colorectal : une étude qualitative [Thèse d'exercice]*. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2015.
 34. François Beck, Arnaud Gautier. *Baromètre cancer 2010.pdf*. 2010 p. 273.
 35. Haute Autorité de Santé - Cancer colorectal – Le dépistage des personnes à risque en 5 points [Internet]. [cité 22 févr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2780279/fr/cancer-colorectal-le-depistage-des-personnes-a-risque-en-5-points
 36. Hodge S, Vienne-Noyes S, Rougé Bugat M-E. *Adhésion des médecins généralistes de Haute-Garonne au test immunologique dans le dépistage du cancer colorectal*. France; 2017.
 37. Has. *Place des tests immunologiques de recherche de sang occulte dans les selles (iFOBT) dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France: Synthèse*. *Oncologie*. févr 2009;11(2):107-14.
 38. Guittet L, Bouvier V, Mariotte N, Vallee JP, Arsène D, Boutreux S, et al. *Comparison of a guaiac based and an immunochemical faecal occult blood test in screening for colorectal cancer in a general average risk population*. *Gut*. févr 2007;56(2):210-4.
 39. InVS | BEH n°02-03 (13 janvier 2009). *Numéro thématique - Dépistage organisé du cancer colorectal en France* [Internet]. [cité 21 mars 2019]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2009/02_03/index.htm#8
 40. *L'essentiel sur le test immunologique - Dépistage du cancer colorectal* [Internet]. [cité 20 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-colorectal/L-essentiel-sur-le-test-immunologique>
 41. Guittet L, Bouvier V, Guillaume E, Levillain R, Ruiz A, Lantieri O, et al. *Colorectal cancer screening: Why immunochemical faecal occult blood test performs as well with either one or two samples*. *Digestive and Liver Disease*. 1 août 2012;44(8):694-9.
 42. *Cancers : les chiffres clés - Qu'est-ce qu'un cancer ?* [Internet]. [cité 1 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Qu-est-ce-qu-un-cancer/Chiffres-cles>
 43. *Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2017-2018 / Indicateurs d'évaluation / Evaluation du programme de dépistage du cancer colorectal / Evaluation des programmes de dépistage des cancers / Cancers / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil* [Internet]. [cité 18 mars 2019]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2017-2018>
 44. Sanh-Legavre V. *Santé des médecins généralistes: dépistage du cancer chez les médecins généralistes franciliens de sexe masculin [Thèse d'exercice]*. [France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2016.
 45. *Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 - Résultats préliminaires / Estimations de l'incidence, de la mortalité et de la survie, stade au diagnostic / Surveillance épidémiologique des cancers / Cancers / Maladies*

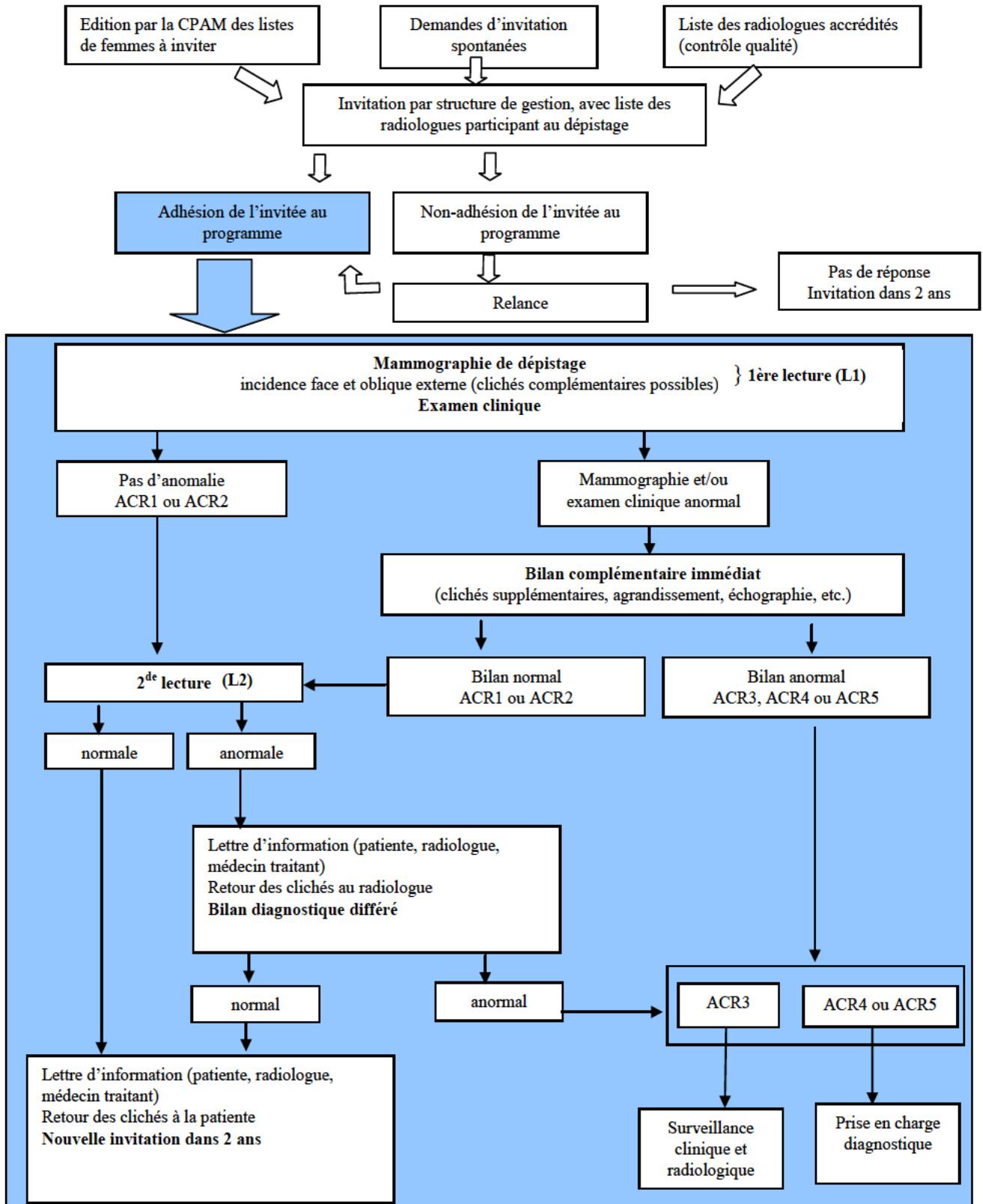
- chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 22 avr 2019]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Surveillance-epidemiologique-des-cancers/Estimations-de-l-incidence-de-la-mortalite-et-de-la-survie-stade-au-diagnostic/Estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-entre-1990-et-2018-Resultats-preliminaires>
46. Beltzer N, Hamers FF, Duport N. Résultats finaux de l'évaluation du dépistage du cancer du col de l'utérus organisé dans 13 départements en France, 2010-2014. Bull Epidemiol Hebd. 2017;(2-3):26-31. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/2017_2-3_1.html [Internet]. [cité 25 mars 2019]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/pdf/2017_2-3.pdf
47. Stéphanie Barré, Marc Massetti, Henri Leleu, Nathalie Catajar, Frédéric de Bels. Barré S, Massetti M, Leleu H, Catajar N, de Bels F. Caractérisation des femmes ne réalisant pas de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin en France. Bull Epidemiol Hebd. 2017;(2-3):39-47. [Internet]. [cité 25 mars 2019]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/2017_2-3_3.html
48. Duport N, Heard I, Barré S, Woronoff AS. Focus. Le cancer du col de l'utérus : état des connaissances en 2014. Bull Epidemiol Hebd. 2014;(13-14-15):220-1. http://www.invs.sante.fr/beh/2014/13-14-15/2014_13-14-15_1.html.
49. Le cancer du col de l'utérus : points clés - Cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 25 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-col-de-l-uterus/Points-cles>
50. Données globales d'épidémiologie des cancers - Epidémiologie des cancers [Internet]. [cité 25 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Donnees-globales>
51. Couturier A, Auger Lefebvre L, Hermil J-L, Laîné M, Boulet P. Le dépistage du cancer du col de l'utérus en médecine générale: stratégie actuelle et motivations. Une enquête auprès des médecins généralistes de l'Eure. [France]; 2018.
52. RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal [Internet]. [cité 26 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/frottis_final_-_recommandations.pdf
53. Dépistage du cancer du col de l'utérus, organisation et mise en place du programme de dépistage organisé.pdf.
54. cahier des charges DO CCU 2018.pdf.
55. Haguenoer K, Boyard J, Sengchanh S, Gaudy-Graffin C, Fontenay R, Marret H, et al. L'auto-prélèvement vaginal est une méthode efficace pour augmenter la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus : un essai randomisé en Indre-et-Loire. Bull Epidemiol Hebd. 2017;(2-3):59-65. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/2017_2-3_5.html [Internet]. [cité 25 mars 2019]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/2017_2-3_5.html
56. Scrivener Y, Chebil F, Cribier B. Épidémiologie des carcinomes baso-cellulaires. Annales de Dermatologie et de Vénérologie. avr 2005;132(4):378-83.
57. Netgen. Epidémiologie des cancers épithéliaux de la peau [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 5 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-200/Epidemiologie-des-cancers-epitheliaux-de-la-peau>
58. Le développement d'un mélanome de la peau - Mélanome de la peau [Internet]. [cité 5 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Melanome-de-la-peau/Developpement>
59. Détection précoce des cancers de la peau - Dépistage et détection précoce [Internet]. [cité 5 avr

- 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Detection-precoce-des-cancers-de-la-peau>
60. STRATÉGIE DE DIAGNOSTIC PRÉCOCE DU MÉLANOME RECOMMANDATION EN SANTÉ PUBLIQUE. HAS 2006 [Internet]. [cité 5 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/melanome_synthese.pdf
61. Le cancer de la prostate - Les cancers les plus fréquents [Internet]. [cité 5 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-de-la-prostate>
62. Recommandations françaises du Comité de Cancérologie de l'AFU – Actualisation 2018–2020 : cancer de la prostate | Urofrance [Internet]. [cité 5 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.urofrance.org/base-bibliographique/recommandations-francaises-du-comite-de-cancerologie-de-lafu-actualisation-10>
63. Dépistage du cancer de la prostate - Dépistage et détection précoce [Internet]. [cité 5 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-de-la-prostate>
64. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL, Buys SS, Chia D, Church TR, et al. Mortality Results from a Randomized Prostate-Cancer Screening Trial. *New England Journal of Medicine*. 26 mars 2009;360(13):1310-9.
65. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TLJ, Ciatto S, Nelen V, et al. Screening and Prostate-Cancer Mortality in a Randomized European Study. *New England Journal of Medicine*. 26 mars 2009;360(13):1320-8.
66. Haute Autorité de Santé - Dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA : intérêt non démontré chez les hommes présentant des facteurs de risque [Internet]. [cité 5 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1238094/fr/depistage-du-cancer-de-la-prostate-par-dosage-du-psa-interet-non-demontre-chez-les-hommes-presentant-des-facteurs-de-risque
67. R: A Language and Environment for Statistical Computing Reference Index The R Core Team Version 3.5.3 (2019-03-11) [Internet]. [cité 21 avr 2019]. Disponible sur: <https://cran.r-project.org/doc/manuals/r-release/fullrefman.pdf>
68. Venables WN, Ripley BD. *Modern Applied Statistics with S* [Internet]. 4^e éd. New York: Springer-Verlag; 2002 [cité 21 avr 2019]. (Statistics and Computing). Disponible sur: <https://www.springer.com/us/book/9780387954578>
69. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. [cité 7 avr 2019]. Disponible sur: https://demographie.medecin.fr/#sly=a_dep_DR;l=fr;i=demo_med.prop_femmes;v=map2;s=2019;z=351092,6971118,205811,155971;sid=13;i2=demo_gen_tot.moy_age_act_regul;s2=2019
70. Le programme de dépistage organisé - Dépistage du cancer du sein [Internet]. [cité 10 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>
71. Martine BUNGENER, François EISINGER, Gilles ERRIAU, Isabelle AUBIN-AUGER (CNGE), Christian GHASAROSSIAN (CNGE), Arnaud GAUTIER (INPES), et al. Médecins généralistes et dépistage des cancers. 2011;20.
72. Aubin-Auger I, Mercier A, Lebeau J-P, et al. Obstacles to colorectal screening in general practice: a qualitative study of GPs and patients. *Fam. Pract.* [Internet]. [cité 12 avr 2019]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4803_exercer115sup_Aubin_Chapron.pdf
73. Jaine P, Gille A, Université d'Aix-Marseille II (1969-2011). Pluralité des sujets abordés lors d'une consultation en médecine générale. [S. l.]: [s. n.]; 2005.

74. Bureaux V. Les pathologies dermatologiques en médecine générale: difficultés et propositions des généralistes. :111.
75. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. juill 2009;22(4-5):245-53.
76. Efficacité de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation. HAS Juin 2011 [Internet]. [cité 13 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/cadrage_telemedecine_vf.pdf
77. Effet des dernières publications de la HAS concernant le dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA auprès des médecins généralistes lorrains. Thèse d'exercice. Pierre VAILLANT. Juin 2016 [Internet]. [cité 5 avr 2019]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2016_VAILLANT_PIERRE.pdf
78. Cherrier DC. Le dépistage du cancer de la prostate : état des lieux des pratiques. *Assurance Maladie*. 2012. 2012;7.
79. OFFICE PARLEMENTAIRE D'ÉVALUATION DES POLITIQUES DE SANTÉ / RAPPORT sur le dépistage et le traitement du cancer de la prostate. 2009 [Internet]. [cité 10 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r08-318/r08-3181.pdf>
80. Dis Doc, T'as ton Doc ? [Internet]. CFAR. [cité 14 avr 2019]. Disponible sur: <https://cfar.org/didoc/>
81. Accueil | Conseil départemental de Seine-Maritime de l'Ordre des médecins [Internet]. [cité 15 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.conseil76.ordre.medecin.fr/>
82. Dal Col S, Denis Rudelle K. Perceptions et ressentis des jeunes filles concernées par la vaccination anti-HPV: étude qualitative en Haute-Vienne en 2016. France; 2017.
83. Tronche J, Lauchet N. Vaccination anti-HPV: pourquoi tant de difficultés ? : le point de vue de médecins généralistes. France; 2018.
84. HCSP. Recommandations vaccinales contre les infections à papillomavirus humains chez les hommes [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 févr [cité 16 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=552>
85. Kirby T. Australia to be first country to vaccinate boys against HPV. *The Lancet Oncology*. 1 août 2012;13(8):e333.
86. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016 - Normandie / 2019 / Maladies chroniques et traumatismes / Rapports et synthèses / Publications et outils / Accueil [Internet]. [cité 16 avr 2019]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2019/Estimations-regionales-et-departementales-d-incidence-et-de-mortalite-par-cancers-en-France-2007-2016-Normandie>

Annexes

Annexe 1 : Organigramme dépistage organisé du cancer du sein



Source : HAS Place de la mammographie numérique dans le dépistage organisé du cancer du sein - Recommandations en santé publique. 2006.

ACR = classification des images de mammographie selon l'American College of Radiology

Annexe 2 : Classification BIRADS de l'ACR dans le cancer du sein

Annexe 2. Classification BIRADS de l'*American College of Radiology*

ACR 0 : Des investigations complémentaires sont nécessaires : comparaison avec les documents antérieurs, incidences complémentaires, clichés centrés comprimés, agrandissement de microcalcifications, 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'ils permettent une classification définitive.

ACR 1 : Mammographie normale.

ACR 2 : Il existe des anomalies bénignes ne nécessitant ni surveillance ni examen complémentaire :

- Opacité ronde avec macrocalcifications (adénofibrome ou kyste)
- Ganglion intramammaire
- Opacité(s) ronde(s) correspondant à un/des kyste(s) typique(s) en échographie
- Image(s) de densité grasseuse ou mixte (lipome, hamartome, galactocèle, kyste huileux)
- Cicatrice(s) connue(s) et calcification(s) sur matériel de suture
- Macrocalcifications sans opacité (adénofibrome, kyste, adiponécrose, ectasie canalaire sécrétante, calcifications vasculaires, etc.)
- Microcalcifications 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 :

- Microcalcifications 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 liquidiennes 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 :

- Microcalcifications punctiformes régulières nombreuses et/ou groupées en amas aux contours ni ronds, ni ovales
- Microcalcifications pulvérulentes groupées et nombreuses
- Microcalcifications irrégulières, polymorphes ou granulaires, peu nombreuses
- Image(s) spiculée(s) sans centre dense
- Opacité(s) non liquidiennes(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 :

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

Annexe 3 : Données de l'InVS de la participation à la campagne de dépistage du cancer du sein 2017-2018

1/2

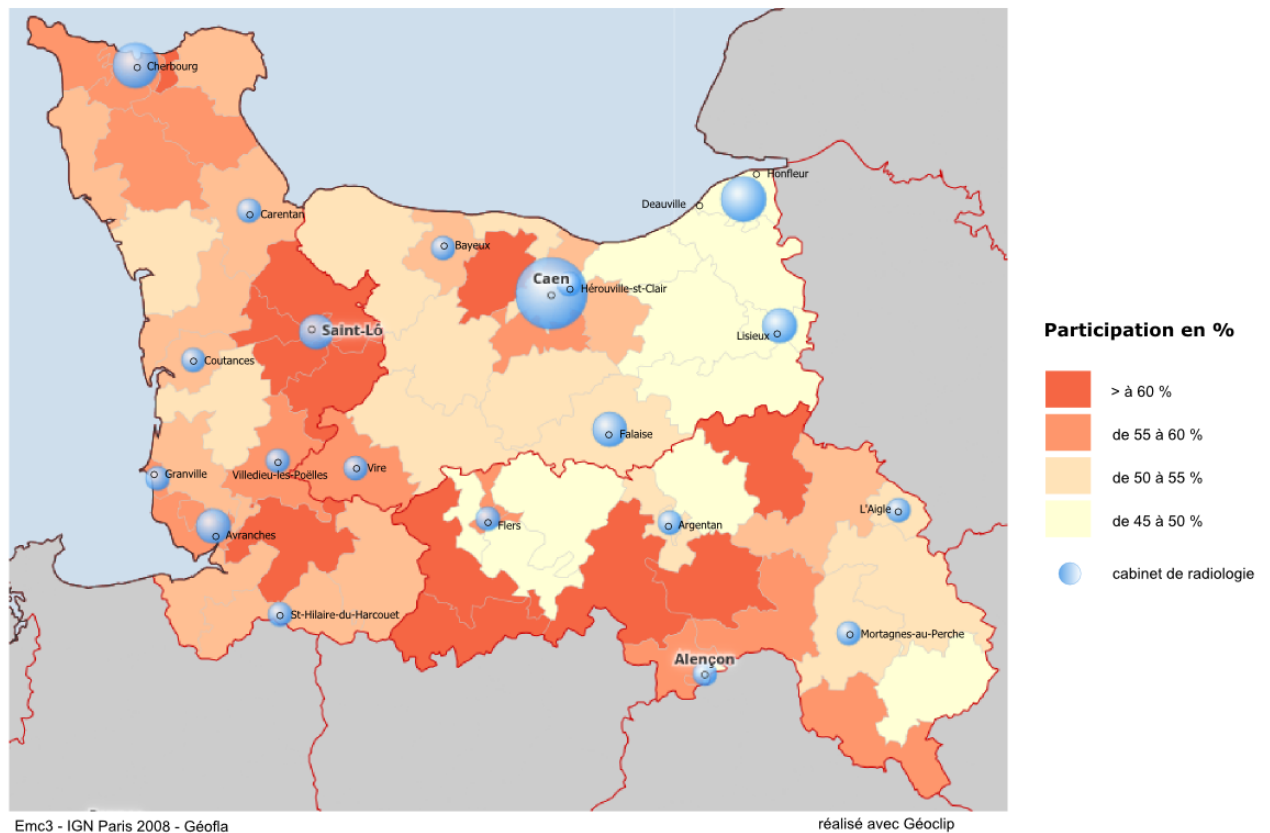


Participation au programme national de dépistage organisé du cancer du sein (taux bruts) - Années 2017 et 2018

	Année 2017			Année 2018			Années 2017-2018		
	Nombre de femmes dépistées	Population Insee cible	Taux de participation Insee (%)	Nombre de femmes dépistées	Population Insee cible	Taux de participation Insee (%)	Nombre de femmes dépistées	Population Insee cible	Taux de participation Insee (%)
France entière	2 541 909	5 091 348	49,9	2 595 396	5 163 744	50,3	5 137 305	10 255 092	50,1
Ile-de-France	310 580	805 013	38,6	321 204	812 867	39,5	631 784	1 617 880	39,1
. Paris	43 182	152 788	28,3	43 918	153 261	28,7	87 100	306 049	28,5
. Seine-et-Marne	45 225	93 052	48,6	47 357	94 513	50,1	92 582	187 565	49,4
. Yvelines	41 161	100 951	40,8	40 948	101 668	40,3	82 109	202 620	40,5
. Essonne	34 086	84 137	40,5	37 245	85 008	43,8	71 331	169 145	42,2
. Hauts-de-Seine	37 624	107 184	35,1	38 790	108 562	35,7	76 414	215 747	35,4
. Seine-Saint-Denis	35 190	95 243	36,9	37 428	96 414	38,8	72 618	191 657	37,9
. Val-de-Marne	37 721	91 773	41,1	38 000	92 786	41,0	75 721	184 559	41,0
. Val-d'Oise	36 391	79 884	45,6	37 518	80 652	46,5	73 909	160 536	46,0
Grand-Est	224 591	433 201	51,8	235 920	438 893	53,8	460 511	872 094	52,8
. Ardennes	12 150	22 213	54,7	11 521	22 532	51,1	23 671	44 745	52,9
. Aube	13 539	24 373	55,5	14 231	24 653	57,7	27 770	49 026	56,6
. Marne	25 775	42 842	60,2	25 412	43 329	58,6	51 187	86 171	59,4
. Haute-Marne	8 195	15 393	53,2	8 867	15 460	57,4	17 062	30 854	55,3
. Meurthe-et-Moselle	28 019	54 920	51,0	28 262	55 533	50,9	56 281	110 454	51,0
. Meuse	8 209	15 563	52,7	7 906	15 822	50,0	16 115	31 386	51,3
. Moselle	37 443	83 102	45,1	39 408	84 060	46,9	76 851	167 162	46,0
. Bas-Rhin	41 816	84 074	49,7	50 869	85 448	59,5	92 685	169 522	54,7
. Haut-Rhin	31 884	58 758	54,3	31 893	59 622	53,5	63 777	118 381	53,9
. Vosges	17 561	31 960	54,9	17 551	32 431	54,1	35 112	64 391	54,5
Hauts-de-France	222 413	442 082	50,3	228 910	448 003	51,1	451 323	890 085	50,7
. Aisne	20 498	42 351	48,4	22 213	42 899	51,8	42 711	85 250	50,1
. Nord	90 150	183 727	49,1	90 750	186 160	48,7	180 900	369 887	48,9
. Oise	31 063	59 507	52,2	32 166	60 424	53,2	63 229	119 931	52,7
. Pas-de-Calais	56 003	112 400	49,8	58 062	113 831	51,0	114 065	226 232	50,4
. Somme	24 699	44 096	56,0	25 719	44 688	57,6	50 418	88 784	56,8
Normandie	149 327	264 547	56,4	152 377	268 101	56,8	301 704	532 648	56,6
. Calvados	30 934	55 377	55,9	31 369	56 162	55,9	62 303	111 539	55,9
. Eure	26 036	46 091	56,5	26 078	46 818	55,7	52 114	92 909	56,1
. Manche	23 396	42 255	55,4	24 478	42 924	57,0	47 874	85 179	56,2
. Orne	13 082	24 784	52,8	13 749	25 107	54,8	26 831	49 891	53,8
. Seine-Maritime	55 879	96 039	58,2	56 703	97 089	58,4	112 582	193 128	58,3
Centre-Val-de-Loire	122 441	208 147	58,8	122 853	210 685	58,3	245 294	418 832	58,6
. Cher	16 012	27 375	58,5	17 222	27 729	62,1	33 234	55 104	60,3
. Eure-et-Loir	19 128	33 363	57,3	18 793	33 741	55,7	37 921	67 105	56,5
. Indre	10 964	20 593	53,2	11 142	20 845	53,5	22 106	41 439	53,3
. Indre-et-Loire	30 054	47 617	63,1	29 699	48 139	61,7	59 753	95 757	62,4
. Loir-et-Cher	17 406	28 336	61,4	17 394	28 722	60,6	34 800	57 059	61,0
. Loiret	28 877	50 861	56,8	28 603	51 506	55,5	57 480	102 367	56,2
Bourgogne-Franche-Comté	128 849	230 645	55,9	129 185	233 453	55,3	258 034	464 099	55,6
. Côte-d'Or	23 602	40 905	57,7	25 512	41 436	61,6	49 114	82 342	59,6
. Doubs	22 451	39 421	57,0	21 961	39 871	55,1	44 412	79 292	56,0
. Jura	11 710	21 707	53,9	12 112	21 989	55,1	23 822	43 696	54,5
. Nièvre	10 414	20 545	50,7	10 522	20 735	50,7	20 936	41 281	50,7
. Haute-Saône	11 067	19 942	55,5	9 982	20 267	49,3	21 049	40 210	52,3
. Saône-et-Loire	27 295	48 243	56,6	27 967	48 826	57,3	55 262	97 070	56,9
. Yonne	16 458	29 224	56,3	15 791	29 588	53,4	32 249	58 813	54,8
. Territoire de Belfort	5 852	10 655	54,9	5 338	10 739	49,7	11 190	21 394	52,3
Pays de la Loire	169 923	284 084	59,8	164 073	289 315	56,7	333 996	573 399	58,2
. Loire-Atlantique	60 058	99 689	60,2	59 671	101 662	58,7	119 729	201 351	59,5
. Maine-et-Loire	35 783	59 587	60,1	35 395	60 534	58,5	71 178	120 121	59,3
. Mayenne	14 094	23 523	59,9	13 454	23 927	56,2	27 548	47 450	58,1
. Sarthe	27 082	44 633	60,7	23 705	45 313	52,3	50 787	89 946	56,5
. Vendée	32 906	56 651	58,1	31 848	57 877	55,0	64 754	114 529	56,5
Bretagne	148 738	265 541	56,0	151 059	270 506	55,8	299 797	536 048	55,9
. Côtes-d'Armor	29 722	52 542	56,6	29 959	53 437	56,1	59 681	105 980	56,3
. Finistère	39 442	75 505	52,2	41 735	76 763	54,4	81 177	152 268	53,3
. Ille-et-Vilaine	40 929	72 219	56,7	41 756	73 647	56,7	82 685	145 866	56,7
. Morbihan	38 645	65 274	59,2	37 609	66 659	56,4	76 254	131 933	57,8
Nouvelle-Aquitaine	271 627	502 746	54,0	276 420	510 393	54,2	548 047	1 013 139	54,1
. Charente	16 743	31 429	53,3	15 963	31 770	50,2	32 706	63 199	51,8
. Charente-Maritime	29 342	59 564	49,3	30 115	60 580	49,7	59 457	120 144	49,5
. Corrèze	11 456	21 809	52,5	11 961	22 119	54,1	23 417	43 929	53,3
. Creuse	5 501	11 559	47,6	5 821	11 713	49,7	11 322	23 272	48,7
. Dordogne	21 611	40 097	53,9	21 418	40 703	52,6	43 029	80 801	53,3
. Gironde	63 805	117 809	54,2	64 801	119 734	54,1	128 606	237 544	54,1
. Landes	20 831	36 345	57,3	22 483	37 084	60,6	43 314	73 429	59,0
. Lot-et-Garonne	17 773	30 032	59,2	16 287	30 418	53,5	34 060	60 450	56,3
. Pyrénées-Atlantiques	31 109	57 285	54,3	33 345	58 096	57,4	64 454	115 381	55,9
. Deux-Sèvres	18 197	30 648	59,4	17 937	31 124	57,6	36 134	61 772	58,5
. Vienne	16 680	34 257	48,7	17 766	34 743	51,1	34 446	69 000	49,9
. Haute-Vienne	18 579	31 909	58,2	18 523	32 307	57,3	37 102	64 217	57,8

Annexe 4 : Carte de participation par canton à la campagne du dépistage organisé du cancer du sein 2016-2017 du Calvados, de la Manche et de l'Orne

Participation par canton au dépistage organisé du cancer du sein - 2016-2017
Départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne







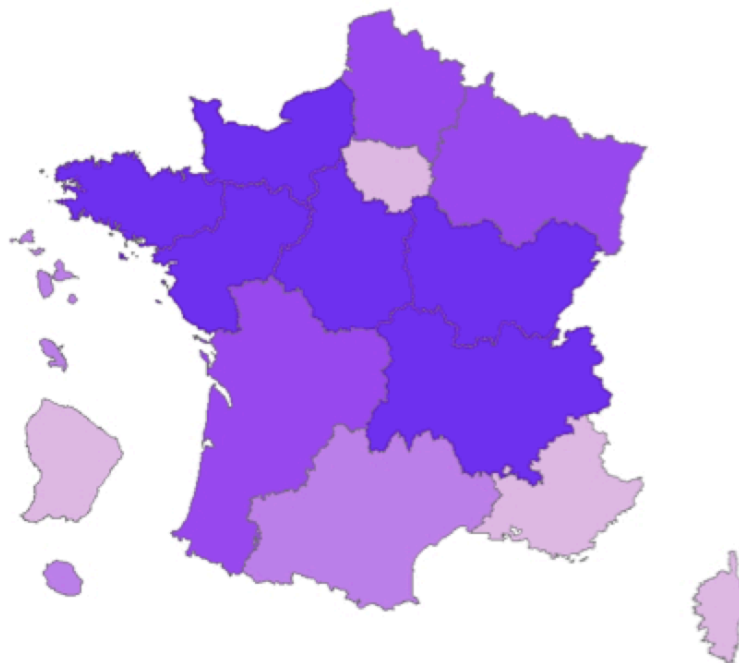
Annexe 5 : Carte de participation régionale au dépistage organisé du cancer du sein 2017-2018. Données de l'InVS

Programme de dépistage organisé du cancer du sein

Taux de participation régionaux standardisés 2017-2018 (population de référence : France 2009)

Taux de participation 2017-2018

-  < 45 %
-  ≥ 45 % à < 50 %
-  ≥ 50 % à < 55 %
-  ≥ 55 %



Source : ©IGN-GeoFLA® 2016 ;
©Santé publique France, 12/03/2019
Données issues des structures de gestion départementales du dépistage organisé du cancer du sein



Annexe 6 : Adapter le dépistage du cancer colorectal selon le niveau de risque

Dépistage selon le niveau de risque de cancer colorectal (CCR)

	Moyen	Élevé	Très élevé
Personnes concernées	<p>Population générale</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50 à 74 ans. • asymptomatique. 	<p>Antécédents personnels de maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maladie de Crohn colique. • Rectocolite hémorragique. <p>Antécédents d'adénome* ou de CCR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personnel. • Familial (1^{er} degré). 	<p>Prédisposition héréditaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Polyposes adénomateuses familiales (PAF). • Cancer colorectal héréditaire non polyposique (syndrome de Lynch).
Stratégie de dépistage	<p>Dépistage organisé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Test de recherche de sang occulte dans les selles (tous les 2 ans). 	<p>Dépistage individuel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultation gastro-entérologique/ suivi spécialisé. • Coloscopie*/Chromoendoscopie**. 	<p>Dépistage individuel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultation oncogénétique (recherche mutation). • Consultation gastro-entérologique. • Chromoendoscopie**.

* La coloscopie virtuelle est une alternative qui peut être proposée dans certaines situations particulières : coloscopie incomplète, refus du patient, ou en raison de comorbidités compromettant la sécurité de cette coloscopie (avis HAS, 2010).

** La chromoendoscopie est un examen complémentaire à la coloscopie qui consiste à marquer certaines zones du tube digestif par différents colorants, à l'aide d'un spray cathéter passé au travers du canal opérateur de l'endoscope.

Annexe 7 : Données de l'InVS de la participation à la campagne de dépistage du cancer colorectal 2017-2018



Participation au programme national de dépistage organisé du cancer colorectal - Années 2017-2018

1/2

	Tous sexes					
	Nombre de personnes dépistées	Population Insee cible	Taux d'exclusions brut (%)	Taux d'exclusions standardisé* (%)	Taux de participation Insee brut (%)	Taux de participation Insee standardisé* (%)
France entière	5 474 434	19 676 417	13,7	13,3	32,3	32,1
Auvergne-Rhône-Alpes	668 131	2 304 932	14,9	14,4	34,1	34,0
. Ain	57 081	185 429	13,4	13,2	35,6	35,6
. Allier	34 630	117 390	16,9	15,7	35,5	35,2
. Ardèche	19 318	112 683	11,5	10,9	19,4	19,1
. Cantal	13 937	52 984	10,2	9,7	29,3	29,0
. Drôme	44 276	160 607	11,9	11,4	31,3	31,0
. Isère	123 075	354 231	18,6	18,2	42,7	42,7
. Loire	59 894	227 851	12,2	11,5	29,9	29,7
. Haute-Loire	19 584	76 436	13,3	12,7	29,5	29,4
. Puy-de-Dôme	57 727	202 917	14,5	13,9	33,3	33,2
. Rhône	117 232	454 275	17,1	16,7	31,1	31,1
. Savoie	45 315	133 355	15,6	15,2	40,3	40,1
. Haute-Savoie	76 062	226 777	13,2	13,0	38,7	38,6
Bourgogne-Franche-Comté	288 558	901 467	13,4	12,6	37,0	36,5
. Côte-d'Or	40 234	158 479	12,2	11,5	28,9	28,6
. Doubs	53 017	153 628	14,6	14,1	40,4	40,2
. Jura	28 822	85 446	12,5	11,9	38,5	38,3
. Nièvre	20 333	79 743	8,2	7,6	27,8	27,3
. Haute-Saône	24 098	79 451	13,9	13,3	35,2	34,9
. Saône-et-Loire	71 254	188 500	17,4	16,3	45,8	45,1
. Yonne	37 646	114 551	10,4	9,6	36,7	36,0
. Territoire de Belfort	13 154	41 670	14,1	13,7	36,8	36,6
Bretagne	314 252	1 034 278	17,3	16,7	36,8	36,6
. Côtes-d'Armor	57 185	204 519	16,6	15,6	33,5	33,1
. Finistère	75 130	293 954	19,4	18,7	31,7	31,6
. Ille-et-Vilaine	107 268	281 505	18,0	17,7	46,5	46,5
. Morbihan	74 669	254 301	14,8	14,0	34,4	34,3
Centre-Val de Loire	250 633	809 559	18,1	17,3	37,8	37,7
. Cher	33 953	106 290	19,4	18,4	39,7	39,4
. Eure-et-Loir	39 089	130 828	13,7	13,2	34,6	34,6
. Indre	23 448	80 723	16,9	16,0	35,0	34,7
. Indre-et-Loire	55 577	183 671	24,2	23,4	39,9	40,1
. Loir-et-Cher	37 627	110 317	20,9	20,0	43,1	43,0
. Loiret	60 939	197 732	13,3	12,7	35,6	35,5
Corse	15 411	107 134	9,0	8,7	15,8	15,9
Grand Est	539 100	1 694 243	17,0	16,6	38,3	38,3
. Ardennes	25 618	87 534	11,6	11,2	33,1	33,0
. Aube	27 808	94 696	15,0	14,3	34,5	34,2
. Marne	49 651	164 318	21,3	20,5	38,4	38,2
. Haute-Marne	17 936	60 482	9,1	8,6	32,6	32,5
. Meurthe-et-Moselle	70 297	210 861	12,5	12,1	38,1	37,9
. Meuse	18 426	62 558	16,0	15,4	35,1	35,0
. Moselle	100 969	324 163	12,0	11,7	35,4	35,4
. Bas-Rhin	106 146	331 668	24,0	23,7	42,1	42,4
. Haut-Rhin	81 312	232 882	20,2	19,8	43,8	44,0
. Vosges	40 937	125 082	17,3	16,6	39,6	39,3
Guadeloupe	39 488	129 503	7,5	7,4	33,0	32,7
Guyane	6 112	45 142	3,8	4,3	14,1	14,1
Hauts de France	431 393	1 698 798	15,1	14,8	29,9	30,0
. Aisne	42 420	165 598	15,3	14,9	30,3	30,3
. Nord	174 245	696 986	16,2	15,9	29,8	29,9
. Oise	54 932	233 893	14,3	14,2	27,4	27,6
. Pas-de-Calais	115 155	431 402	12,8	12,4	30,6	30,6
. Somme	44 641	170 920	17,3	16,7	31,6	31,6
Ile-de-France	778 368	3 087 835	10,9	10,8	28,3	28,3
. Paris	107 049	569 671	6,3	6,1	20,0	20,0
. Seine-et-Marne	105 759	365 288	13,8	13,7	33,6	33,7
. Yvelines	103 744	388 228	11,3	11,1	30,1	30,1
. Essonne	96 458	326 585	15,2	15,2	34,8	35,0
. Hauts-de-Seine	95 901	404 628	9,4	9,4	26,2	26,1
. Seine-Saint-Denis	86 749	374 907	10,6	10,8	25,9	26,1
. Val-de-Marne	95 558	350 431	11,8	11,7	30,9	30,9
. Val-d'Oise	87 150	308 098	12,6	12,6	32,4	32,5
La Réunion	46 323	220 026	13,2	14,0	24,3	24,5
Martinique	38 213	134 753	10,3	10,2	31,6	31,3
Normandie	308 011	1 023 670	11,8	11,2	34,1	33,8
. Calvados	60 871	212 054	13,3	12,6	33,1	32,8
. Eure	53 920	180 732	12,0	11,6	33,9	33,7

Participation au programme national de dépistage organisé du cancer colorectal - Années 2017-2018

	Tous sexes					
	Nombre de personnes dépistées	Population Insee cible	Taux d'exclusions brut (%)	Taux d'exclusions standardisé* (%)	Taux de participation Insee brut (%)	Taux de participation Insee standardisé* (%)
. Manche	51 045	167 225	12,6	11,9	34,9	34,8
. Orne	30 901	97 357	15,0	14,2	37,3	37,2
. Seine-Maritime	111 274	366 303	9,6	9,1	33,6	33,3
Nouvelle-Aquitaine	534 847	1 945 020	14,8	14,0	32,3	31,9
. Charente	30 824	122 331	14,0	13,1	29,3	29,0
. Charente-Maritime	60 174	228 692	16,1	14,8	31,3	30,7
. Corrèze	23 910	85 213	18,6	17,6	34,5	34,1
. Creuse	12 301	46 349	13,6	12,8	30,7	30,5
. Dordogne	39 363	156 354	13,5	12,4	29,1	28,6
. Gironde	127 481	448 974	13,2	12,7	32,7	32,5
. Landes	38 083	142 075	15,5	14,7	31,7	31,5
. Lot-et-Garonne	33 400	115 877	17,6	16,6	35,0	34,6
. Pyrénées-Atlantiques	64 157	220 342	11,5	11,0	32,9	32,7
. Deux-Sèvres	35 970	121 250	20,3	19,5	37,2	37,0
. Vienne	35 261	133 902	15,8	14,9	31,3	31,0
. Haute-Vienne	33 923	123 664	14,3	13,5	32,0	31,6
Occitanie	457 086	1 839 384	11,9	11,4	28,2	27,9
. Ariège	11 902	55 852	9,0	8,6	23,4	23,1
. Aude	29 907	130 490	12,0	11,2	26,0	25,5
. Aveyron	23 668	97 433	14,3	13,5	28,3	28,2
. Gard	51 094	243 631	11,5	10,8	23,7	23,4
. Haute-Garonne	91 542	357 413	13,9	13,7	29,7	29,7
. Gers	16 625	69 972	15,1	14,2	28,0	27,8
. Hérault	77 884	335 680	5,4	5,3	24,5	24,2
. Lot	19 930	68 328	14,8	13,7	34,2	33,7
. Lozère	5 172	27 987	9,8	9,2	20,5	20,4
. Hautes-Pyrénées	22 419	81 618	10,5	9,9	30,7	30,4
. Pyrénées-Orientales	48 080	158 966	16,6	15,5	36,3	35,6
. Tarn	35 884	129 736	14,7	14,0	32,4	32,1
. Tarn-et-Garonne	22 979	82 280	14,4	13,9	32,6	32,5
PACA	397 987	1 591 833	9,5	9,0	27,6	27,4
. Alpes-de-Haute-Provence	14 828	60 458	11,3	10,5	27,7	27,2
. Hautes-Alpes	13 267	48 009	17,3	16,4	33,4	33,2
. Alpes-Maritimes	74 264	352 716	16,0	15,2	25,1	24,8
. Bouches-du-Rhône	163 454	590 538	1,9	1,9	28,2	28,1
. Var	87 892	361 944	13,3	12,3	28,0	27,6
. Vaucluse	44 282	178 169	11,8	11,1	28,2	27,9
Pays de la Loire	360 521	1 108 843	17,0	16,4	39,2	39,1
. Loire-Atlantique	128 043	384 531	13,2	12,9	38,4	38,4
. Maine-et-Loire	79 936	231 328	23,4	22,9	45,1	45,3
. Mayenne	29 714	93 850	15,3	14,8	37,4	37,5
. Sarthe	53 563	175 518	18,8	18,3	37,6	37,6
. Vendée	69 265	223 617	16,0	15,1	36,9	36,6

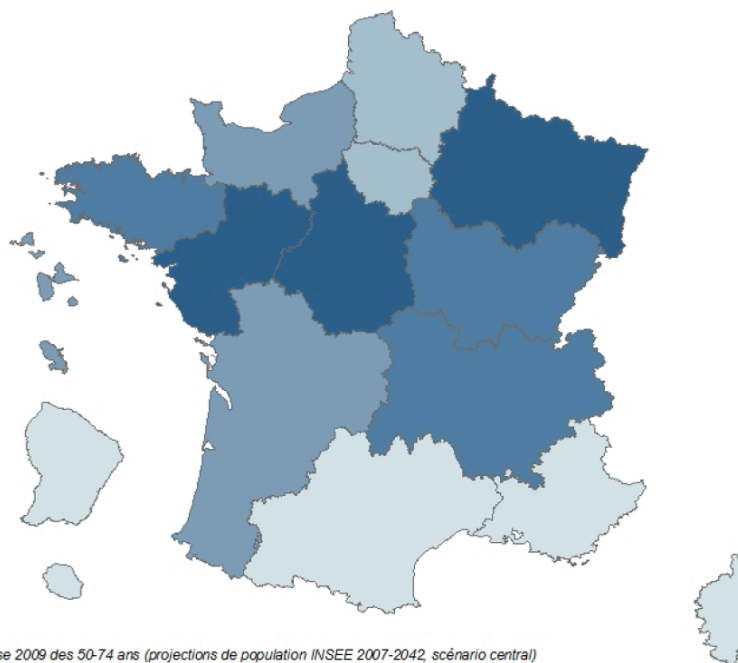
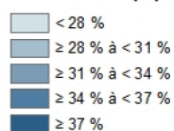
* standardisation sur la population française 2009 (Projections de population Insee (scénario central) 2007-2042)

Sources : Santé publique France - Données issues des structures départementales du dépistage organisé du cancer colorectal

Annexe 8 : Carte du taux standardisé de participation par région au dépistage organisé du cancer colorectal 2017-2018. Données de l'InVS

Programme national de dépistage organisé du cancer colorectal Période 2017-2018 Taux standardisés* de participation, par région

Taux de participation standardisés (%)



* Standardisés sur la population française 2009 des 50-74 ans (projections de population INSEE 2007-2042, scénario central)

Source : ©IGN-[GeoFLA]®, 2016 ;
©Santé publique France, 25/02/2019
Données issues des structures de gestion départementales du dépistage organisé du cancer colorectal

Annexe 9 : Lettre introductive au questionnaire adressée aux médecins

Chères Consœurs, Chers Confrères,

Je suis interne en Médecine Générale à la Faculté de Médecine de Caen. Je réalise dans le cadre d'un travail de recherche pour ma Thèse de Docteur en Médecine, une étude concernant le dépistage des cancers chez les médecins généralistes des départements de la Manche, du Calvados et de l'Orne, avec le soutien des structures de gestion des dépistages organisés de l'ex-Basse-Normandie (Mathilde, Iris et la Régie Départementale de l'Orne).

Via ce questionnaire, je souhaiterais évaluer le taux de participation des médecins généralistes de ces trois départements aux dépistages individuels et/ou organisés du cancer du col de l'utérus, du cancer du sein et du cancer colorectal par rapport à la population générale.

De plus en plus d'études sont menées pour évaluer la santé du médecin généraliste mais il en existe encore peu concernant le dépistage des cancers.

Le questionnaire est anonyme, composé de 33 questions pour les femmes et 20 questions pour les hommes. **Le temps de passation est estimé à moins de 10 minutes pour l'ensemble des questions.**

Je vous remercie par avance du temps que vous me consacrerez et vous prie de bien vouloir retourner ce **questionnaire anonyme avant le 15 Décembre 2018**, grâce à l'enveloppe T ci-jointe.

Veillez agréer mes meilleurs sentiments.

Valérian DOIZY

Annexe 10 : Questionnaire adressé aux médecins

La santé des médecins généralistes : évaluation de leur participation aux campagnes de dépistages organisés et individuels des cancers du sein, du côlon et du col de l'utérus

Questionnaire préliminaire

1. Quel est votre âge ?
2. Quel est votre mode d'exercice ?
 - a. Libéral en cabinet individuel.
 - b. Libéral en cabinet de groupe.
 - c. Salariat.
 - d. Mixte.
 - e. Autre : ...
3. Quel est votre département d'exercice ?
 - a. Le Calvados (14).
 - b. La Manche (50).
 - c. L'Orne (61).
4. Avez-vous déclaré un médecin traitant pour vous-même ?
 - a. Oui, moi-même.
 - b. Oui, un confrère ou un consœur.
 - c. Non je n'ai pas de médecin traitant déclaré.
5. Si vous avez déclaré un MT autre que vous-même, vous le consultez :
 - a. Jamais.
 - b. Parfois (une fois par an).
 - c. Souvent (plus d'une fois par an).

Participation personnelle au dépistage organisé du cancer colorectal (femme et homme de 50 à 74 ans)

6. Présentez-vous des antécédents personnels ou familiaux au 1^{er} degré de polypes ou de cancer digestif ou de maladie inflammatoire chronique intestinale ?
 - a. Oui.
 - b. Non.
7. Effectuez-vous régulièrement le test de dépistage du cancer colorectal (test de recherche de sang dans les selles) ?
 - a. Oui.
 - b. Non.
8. Si oui, à quelle fréquence ?
 - a. Une fois tous les deux ans.
 - b. Plus d'une fois tous les deux ans.
 - c. Moins d'une fois tous les deux ans.
9. De quelle année date votre dernier test de dépistage du cancer colorectal (recherche de sang dans les selles) ?
10. Vous considérez-vous à jour dans votre dépistage du cancer colorectal ?
 - a. Oui.
 - b. Non.
11. Erouvez-vous des difficultés à faire réaliser votre test de dépistage du cancer colorectal ?
 - a. Oui.

- b. Non.
- 12. Si oui, quelles sont-elles ?
 - a. Pudeur.
 - b. Oubli.
 - c. Manque de temps.
 - d. Manque de confiance.
 - e. Autre : ...
- 13. Encouragez-vous vos patients à participer au dépistage organisé du cancer colorectal ?
 - a. Oui.
 - b. Non.

Participation personnelle au dépistage organisé du cancer du sein (femme de 50 à 74 ans)

- 14. Avez-vous des antécédents familiaux au 1^{er} degré de cancer du sein ?
 - a. Oui.
 - b. Non.
- 15. Concernant votre mammographie de dépistage : faites-vous régulièrement réaliser cet examen ?
 - a. Oui.
 - b. Non.
- 16. Si oui, à quelle fréquence ?
 - a. Une fois tous les deux ans.
 - b. Plus d'une fois tous les deux ans.
 - c. Moins d'une fois tous les deux ans.
- 17. De quelle année date votre dernière mammographie de dépistage ?
- 18. Vous considérez-vous à jour dans votre dépistage du cancer du sein ?
 - a. Oui.
 - b. Non.
- 19. Erouvez-vous des difficultés pour faire réaliser votre mammographie de dépistage ?
 - a. Oui.
 - b. Non.
- 20. Si oui, quelles sont-t-elles ?
 - a. La pudeur.
 - b. L'oubli.
 - c. La douleur.
 - d. Le manque de temps.
 - e. Le manque de confiance.
 - f. Autre : ...
- 21. Encouragez-vous vos patientes à participer au dépistage organisé du cancer du sein ?
 - a. Oui.
 - b. Non.

Participation personnelle au dépistage individualisé du cancer du col utérin (femme de 25 à 65 ans)

- 22. Présentez-vous des antécédents personnels de pathologies du col utérin ?
- 23. Concernant le Frottis Cervico-Utérin (FCU) : faites-vous réaliser cet examen pour vous-même ?
 - a. Oui.
 - b. Non.

24. Si oui, à quelle fréquence ?
- Une fois tous les trois ans.
 - Plus d'une fois tous les trois ans.
 - Moins d'une fois tous les trois ans.
25. De quelle année date votre dernier FCU personnel ?
26. Vous considérez-vous à jour dans votre dépistage du cancer du col de l'utérus ?
- Oui.
 - Non.
27. Eprouvez-vous des difficultés pour faire réaliser le FCU pour vous-même ?
- Oui.
 - Non.
28. Si oui, quelles sont-t-elles ?
- La pudeur.
 - L'oubli.
 - La douleur.
 - Le manque de temps.
 - Le manque de confiance.
 - Autre : ...
29. Pratiquez-vous le FCU pour vos patientes dans le cadre de votre activité de médecine générale ?
- Oui.
 - Non.
30. Encouragez-vous vos patientes à participer au dépistage individualisé du cancer du col utérin ?
- Oui.
 - Non.

Autres dépistages

31. Est-ce que vous vous faites dépister pour les cancers de la peau (Carcinome, Mélanome) ?
- Oui.
 - Non.
32. Si oui :
- Par vous-même (auto-examen).
 - Par un médecin généraliste.
 - Par un dermatologue.
33. Vous considérez-vous à jour dans votre dépistage des cancers cutanés ?
- Oui.
 - Non.
34. Est-ce que vous vous faites dépister pour le cancer de la prostate ?
- Oui.
 - Non.
35. Si oui, de quelle manière ?
- Toucher rectal.
 - Dosage des PSA.
 - Les deux.
36. Et à quelle fréquence ?
- Une fois tous les deux ans.
 - Plus d'une fois tous les deux ans.

c. Moins d'une fois tous les deux ans.

37. Vous considérez-vous à jour dans votre dépistage du cancer de la prostate?

a. Oui.

b. Non.

Si vous le souhaitez, vous pouvez me laisser votre adresse email afin d'être informé des résultats de cette étude.

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

La santé des médecins généralistes des départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne : Evaluation de leur participation aux campagnes de dépistage organisé des cancers du sein et du côlon et au dépistage individuel du cancer du col de l'utérus.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Par son savoir et son indépendance, le médecin a tendance à nier ses maux et pratiquer l'autodiagnostic et l'automédication. L'objectif de cette étude est d'évaluer le comportement du médecin généraliste en matière de prévention dans le cadre des dépistages organisés du cancer du sein et du côlon ainsi que du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus. Pour ce faire nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive quantitative et rétrospective à partir d'un questionnaire permettant d'estimer la participation des médecins généralistes des départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne à ces campagnes de dépistage et ainsi comparer leur participation à la population générale. Sur 1247 questionnaires envoyés, 414 ont été analysés. Avec un taux de participation estimé à 58% pour les deux sexes dans le cadre du dépistage du cancer colorectal sur la campagne 2017-2018, les médecins généralistes bas-normands participent plus que la population générale qui présentait un taux de participation de 35% ($p=3,899E-5$). Les femmes de notre étude avaient un taux de participation à la mammographie pour la campagne de dépistage 2017-2018 estimé à 73% contre 56% pour la population générale ($p=0,0933$). Le taux de participation par FCU entre 2016 et 2018 était de 68% pour les femmes éligibles au dépistage du cancer du col de l'utérus de notre étude contre 56,9% entre 2015 et 2017 en Normandie dans la population générale. Malgré une participation des principaux prescripteurs des dépistages de cancers, la prise en charge du médecin malade n'est pas optimale selon eux et des mesures ciblées sont nécessaire pour obtenir une plus grande participation de la population générale.

MOTS-CLÉS :

- Médecins généralistes
- Dépistage organisé
- Prévention
- Attitude envers la santé

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

The health of the general practitioners of the departments of Calvados, Manche and Orne : Review of their participation to the organised breast and colorectal cancer screening and to the individual cervical cancer screening.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Because of his awareness and independence, the doctor uses to denying his own sickness the autodiagnosis et automedication. The goal of this study was to evaluate the behaviour of the general practitioner in the prevention and early detection in colorectal, breast and cervical cancer screening. To do so, we conducted a observational descriptive quantitative and retrospective survey based on a questionnaire in order to estimate the participation of the general practitioners of the departments of Calvados, Manche and Orne to those screening programmes and compare the participation to the general public. Among 1247 questionnaire sent, 414 were analyzed. With a participation rate estimated at 58% for both sex in the colorectal cancer screening of 2017-2018, the general practitioners of our study are more involved that the general public who showed a participation rate estimated at 35% ($p=3,899E-5$). The women explored had a participation rate for the breast cancer screening at 73% against 56% for the general public ($p=0,0933$). The participation rate by cervical smears were about 68% for the women of our study who could participate to the cervical cancer screenig between 2016 and 2018 against 56,9% between 2015 and 2017 in Normandy in the general public. Despite of an active engagement of the main influencers in screening cancers, the care of the sick doctor is not optimum in their opinion and targeted measures are necessary in order to have an increased participation of the general public.

KEY WORDS :

- General practitioners
- Organised screening
- Prevention
- Attitude of health