



HAL
open science

Abord de l'examen pelvien de dépistage chez la patiente âgée par le médecin généraliste

Manon Plat, Cécile Amalric

► To cite this version:

Manon Plat, Cécile Amalric. Abord de l'examen pelvien de dépistage chez la patiente âgée par le médecin généraliste. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02974890

HAL Id: dumas-02974890

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02974890>

Submitted on 22 Oct 2020

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 BORDEAUX

U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2020
80-A 80-B

Thèse pour l'obtention du diplôme d'Etat de Docteur en médecine Spécialité Médecine Générale

AMALRIC Cécile

et

PLAT Manon

née le 16/05/1991 à Saint Jean

née le 14/05/1990 à Uccle

présentée et soutenue le jeudi 18 juin 2020

<h3>Abord de l'examen pelvien de dépistage chez la patiente âgée par le médecin généraliste</h3>
--

Directrice de thèse: **Docteur Laurence Dahlem**

Co-directeur de thèse: **Docteur Yves Montariol**

Membres du Jury

Professeur

Président

Docteur Sandrine Frantz

et Rapporteur

Professeur

Juge

Professeur

Juge

Dominique

Muriel

François

Dallay

Juge

Rainfray

Pétrègne

université
de **BORDEAUX**



REMERCIEMENTS

Au Président du jury,

Le Professeur Dominique Dallay

Professeur des universités et gynécologue-obstétricien au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de présider ce jury et nous vous remercions de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail. Nous vous prions d'accepter notre plus respectueuse considération et notre profond respect.

Aux membres du jury,

Le Professeur Muriel Rainfray,

Professeur des universités et gériatre au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux

Merci d'avoir répondu favorablement à notre invitation. Nous vous prions de trouver ici toute notre reconnaissance.

Le Professeur François Pétrègne,

Professeur associé des universités de l'université de Bordeaux et médecin généraliste à Gradignan

Vous nous faites l'honneur de siéger à notre jury de thèse et nous vous remercions d'avoir accepté de juger ce travail.

Au rapporteur de thèse,

Le Docteur Sandrine Frantz,

Endocrinologue au Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux

Merci infiniment d'avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse et d'avoir ainsi apporter vos connaissances à la critique de notre travail.

A la Directrice de thèse,

Le Docteur Laurence Dahlem,

*Chef de clinique du Département de Médecine Générale de l'université de Bordeaux
et médecin généraliste à Pessac*

Nous te remercions grandement d'avoir accepté de diriger ce travail et de l'aide précieuse que tu nous as apporté dans sa réalisation. Merci pour ta disponibilité, ta gentillesse et ta sagacité.

Au Directeur de thèse,

Le Docteur Yves Montariol,

*Maître de conférence associé du Département de Médecine Générale de l'université
de Bordeaux et médecin généraliste à Pessac,*

Veillez trouver ici, l'expression de nos sincères remerciements et notre gratitude pour vos conseils judicieux et vos encouragements ainsi que votre implication dans notre formation.

Aux médecins généralistes qui auront pris le temps de répondre à notre enquête,
Veillez trouver ici, l'expression de nos sincères remerciements.

Remerciements de Cécile

Mes remerciements vont aussi à mon conjoint Alexis ainsi qu'à toute ma famille et amis qui ont su me soutenir et m'aider dans tout ce que j'ai entrepris.

Je remercie toutes les personnes avec qui j'ai partagé mes études et mes premiers mois de remplacement dans le Béarn.

Au Professeur Laurent Magot, *Professeur associé du Département de Médecine Générale de l'université de Bordeaux et médecin généraliste à Lons* , merci pour ton aide précieuse en statistiques et le plaisir que j'ai eu de travailler à tes côtés pendant quelques mois.

Enfin j'exprime toute ma gratitude et mon amitié à Manon, ma co-thésarde qui a permis la réalisation d'un travail de thèse dont nous sommes fières.

Remerciements de Manon

A Valentin, mon conjoint, pour son immense patience et soutien.

A ma famille : Chloé et Maud, mes parents et mes grands-parents d'avoir été présents pour moi à tout moment. Un grand merci à Dan et Lila nos traducteurs ou presque !

A ma belle famille : Dominique et ses conseils déco, Claude qui portent si bien le sandales-chaussettes, Edouard, Alexis, Jimin, Paul-Louis, et Mikaël.

A "mes prat", vous m'avez donné confiance en mon choix de devenir médecin généraliste. J'espère réussir à m'inspirer de vos qualités tout au long de ma carrière. A ton accompagnement et ta gentillesse Mathieu, à ton humilité Laurent et à ton immense bienveillance Michel.

A Léna. Je suis heureuse de t'avoir rencontrée ce jour de seconde. Et reconnaissante de te savoir toujours près de moi.

A Emmanuelle, l'ouragan. Pour ta présence, la force de nos rires qui me rassurent et m'encouragent.

A Manou merci pour ta loyauté, ta douceur.

A Marion, mon envoyée spéciale de dermatologie et de tricot.

A mes petits rayons de soleil quotidiens: Virginie pour tes blagues grasses, Marion pour ton énergie et écoute: mais sache que tu peux parler moins fort ;) Et bien sûr Violette. Ma jolie surprise de l'internat. Merci d'être présente et de braver les interdits pour moi ;)

Aux autres que j'aimerais voir plus souvent : Coline, Elodie.

A Cilou, ma coloc, ma co-interne, ma co-thésarde et mon amie. Nous nous sommes parfaitement accordées tout au long de ce travail et nous pouvons être fières du chemin parcouru.

TABLE DES MATIÈRES

I) INTRODUCTION

9

II) MATERIEL ET METHODE

13

A) Type d'étude

13

B) Population cible

13

C) Elaboration de l'étude

13

1) Choix de la méthodologie

13

2) Contenu du questionnaire

14

3) Rédaction du questionnaire

16

4) Relecture du questionnaire

16

E) Diffusion de l'enquête

17

F) Analyse des données

17

G) Ethique

17

III) RESULTATS

18

A) Description de la population

18

B) Résultat principal

21

C) Résultats complémentaires

22

1) Les facteurs influençant l'abord du dépistage

22

a) Les caractéristiques du médecin

22

b) L'espérance de vie estimée

23

2) L'attitude du médecin généraliste

25

3) Les facteurs influençant l'attitude du médecin généraliste

27

a) Les caractéristiques du médecin

27

b) L'espérance de vie estimée

29

4) Estimation de l'espérance de vie des patientes par les médecins

33

a) Estimation de l'espérance de vie par vignette clinique

33

b) L'influence des caractéristiques du médecin

34

5) Le besoin de recommandations

35

D) Rappel des résultats principaux

35

A) Résultats de l'étude et comparaison avec les données de la littérature

36

1) Médecin généraliste et abord du dépistage par examen pelvien

36

2) Les différentes attitudes du médecin généraliste

37

3) L'influence des caractéristiques du médecin

38

a) Le genre

38

b) L'âge

39

c) La formation et la pratique en gynécologie

39

d) La formation en gériatrie

40

4) L'influence de l'espérance de vie estimée

41

5) Les capacités du médecin à estimer l'espérance de vie

42

B) Critique de la méthodologie et du questionnaire

45

1) Biais de sélection

45

2) Biais d'interprétation

46

3) Biais déclaratif

47

C) Atouts de l'étude

48

1) Le choix du sujet

48

2) Le choix de la population

50

3) L'originalité de la méthode

50

D) Perspectives

52

V) CONCLUSION

54

BIBLIOGRAPHIE

55

ANNEXES

62

RÉSUMÉ

68

LISTE DES ABREVIATIONS

ACP: American College of Physicians

AAFP: American Academy of Family Physicians

CDOM Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins

CNIL: Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNGOF: Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CTFPHC: Canadian Task Force of Preventive Health Care

GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

GECSSP: Groupe d'Etude Canadiens sur les Soins de Santé Préventif

INCA: Institut National du Cancer

USPSTF: United States Preventive Services Task Force

I) INTRODUCTION

L'examen pelvien consiste en l'inspection des organes génitaux externes, l'évaluation au spéculum du vagin et du col de l'utérus, la palpation bi-manuelle des annexes, de l'utérus, des ovaires et parfois un toucher rectal ou recto-vaginal. Les examens pelviens sont souvent effectués dans le cadre des bilans médicaux réguliers afin de dépister les cancers, maladies inflammatoires pelviennes ou autres affections gynécologiques chez les femmes asymptomatiques (1). En pratique, le contenu de l'examen gynécologique est très variable d'un médecin à l'autre (2).

En 2017 en France, le cancer de l'endomètre est le cancer pelvien le plus fréquent avec 8 400 cas estimés. Son incidence augmente après la ménopause, période où sont diagnostiqués plus des trois quarts des cas (3). L'incidence du cancer du col de l'utérus est en baisse constante depuis 20 ans mais est encore à l'origine de 1084 décès avec un pic de mortalité à 64 ans (4). Avec près de 4 720 nouveaux cas estimés, l'incidence du cancer de l'ovaire est aussi en baisse et la survie en nette amélioration (40% à 5 ans) mais son pronostic reste réservé. L'âge médian de découverte est de 65 ans. Le cancer de l'ovaire est plus fréquent après la ménopause avec un pic chez les septuagénaires. Ainsi, pour 100 000 femmes âgées de 75 à 79 ans, l'incidence annuelle est de 54 cas (5). Le cancer du vagin et de la vulve sont plus rares (6).

Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) conseille à la femme ménopausée de bénéficier d'un examen clinique annuel avec examen des seins et examen gynécologique, sans limite d'âge précisée (7). En France, les femmes, semblent en vieillissant, et ce dès la ménopause, être moins suivies sur le plan gynécologique (8,9).

A l'international les recommandations ont évolué. La revue de la littérature de Bloomfield et al. en 2014 n'a pas permis de mettre en évidence une efficacité de l'examen pelvien comme examen de dépistage de pathologies inflammatoires génitales, de cancers vulvaires, utérins ou ovariens, de fibromes ou polypes utérins, et de vaginites atrophiques chez la femme sans sur-risque oncologique et en dehors des recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin (10).

Les Etats-Unis (11,12) , le Canada (1) ne recommandent plus l'examen pelvien de dépistage systématique chez une femme asymptomatique, en l'absence de grossesse et de sur-risque oncologique. La même attitude est observée en Nouvelle-Zélande et Australie (13).

Le dépistage est une stratégie de prévention secondaire qui a pour objectif de détecter une pathologie avant l'apparition des signes cliniques au stade précoce de la maladie pour lutter contre son évolution dans une population à risque de développer cette pathologie (14).

L'objectif d'un test de dépistage est d'estimer la probabilité d'existence d'une maladie chez un patient. La performance d'un test de dépistage est basée sur la sensibilité (la proportion d'individus malades avec un test positif), la spécificité (la proportion d'individus non malades avec un test négatif), ainsi que les valeurs prédictives positives (la proportion d'individus avec un test positif qui ont la maladie) et négatives (la proportion d'individus avec un test négatif qui n'ont pas la maladie) (15).

On distingue le dépistage organisé, relevant d'une organisation nationale qui assure l'envoi d'invitations, de relances, la qualité des examens effectués ainsi que l'évaluation du dépistage. A contrario, le dépistage opportuniste est prescrit par un médecin qui assurera le suivi des résultats et la décision de poursuite ou non des investigations (14).

Aujourd'hui, en France, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande un dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colo-rectal chez la femme de 50 à 74 ans (18,19). Entre 25 et 30 ans, le dépistage du cancer cervico-utérin reste fondé

sur la réalisation de deux examens cytologiques à un an d'intervalle, puis 3 ans après si le résultat des deux premiers est normal. Depuis juillet 2019, à partir de 30 ans et jusqu'à 65 ans, les patientes devraient se voir proposer un test HPV en première intention. S'il est négatif cela permettra d'allonger l'intervalle entre deux dépistages à cinq ans (18). Il n'existe pas de dépistage pour le cancer du corps de l'utérus.

Passé ces âges, quelque soit le cancer, la décision de poursuite ou non d'un examen de dépistage est individuelle. Cette décision ne repose pas sur des recommandations mais sur des pratiques médicales. Or, peu d'études concernent le dépistage au delà de 75 ans. Pourtant c'est dans cette population que l'on observe le plus de variabilité d'états de santé et de comorbidités (14). De plus, en France, l'espérance de vie se rallonge: en 1994 , l'espérance de vie d'une femme de 65 ans était de 20,7 ans en 2019 elle est de 23,5 ans (19). La question du dépistage de la personne âgée prend donc de l'ampleur.

En pratique, certaines études ont montré que les médecins généralistes de manière empirique, prenaient en compte l'âge du patient et ses comorbidités dans la décision de poursuivre ou non un examen de dépistage. En effet, Chapelet et al. ont montré que les médecins étaient moins favorables au dépistage en cas de démence du patient (20). Lewis et al. ont évalué la pratique du médecin généraliste en matière de recommandations de dépistage du cancer colo-rectal du patient âgé. Ils ont démontré que leur décision d'encourager ou non la poursuite du dépistage était directement liée à l'état de santé de leur patiente (21).

Aux Etats-Unis, depuis le milieu des années 2000, l'espérance de vie du patient et non son âge chronologique est intégrée dans la décision de poursuite d'un dépistage individuel. Une espérance de vie de plus de 10 ans est habituellement recommandée pour proposer un examen de dépistage de cancer (22). En effet, une méta-analyse sur essais randomisés a montré que pour 1000 patients de moins de 75 ans dépistés, il faudra 10 ans en moyenne pour éviter une mort par cancer colo-rectal ou cancer du sein (23).

En 2009, le rapport d'onco-gériatrie publié par l'Institut National du Cancer (INCa), indique que le dépistage du cancer de la personne âgée doit se baser sur son espérance de vie à 75 ans et sur l'évolution attendue de la tumeur recherchée. Les comorbidités et l'autonomie de la personne âgée doivent être prises en compte car elles interfèrent dans l'espérance de vie (14).

Une grande majorité des médecins généralistes estime que la prévention dans le domaine gynécologique fait partie de leurs fonctions (24). Le dépistage des cancers constitue l'un des axes forts du Plan cancer où le rôle central du médecin traitant est réaffirmé. Grâce à sa vision globale et sa relation de proximité avec le patient il joue un rôle essentiel (25). D'ailleurs un patient a tendance à poursuivre un examen de dépistage si son médecin traitant le lui conseille (26).

Les études concernant l'examen pelvien ont jusqu'à présent été réalisées majoritairement chez des gynécologues obstétriciens qui voient pourtant leur effectif baisser sans nette amélioration dans les années à venir. La moyenne d'âge des gynécologues en 2015 en exercice est de 58 ans, et près de 60 % de ces professionnels cesseront leur activité d'ici à 2020 (27). Aucune étude ne concernait les médecins généralistes.

Malgré ces éléments, peu de femmes se font suivre sur le plan gynécologique par leur médecin traitant (28).

C'est pourquoi il nous a paru intéressant de prendre pour population d'étude les médecins généralistes installés dont la place au sein du suivi gynécologique est encore ambiguë.

Notre question de recherche était donc la suivante : quelle est l'attitude des médecins généralistes de Nouvelle-Aquitaine concernant la poursuite de l'examen pelvien de dépistage des patientes de plus de 75 ans ?

L'objectif principal de cette étude était de déterminer si les médecins généralistes abordent l'examen pelvien en consultation avec leur patientes âgées. L'objectif secondaire était de recueillir les raisons et facteurs influençant cette attitude.

II) MATERIEL ET METHODE

A) Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, quantitative par vignettes cliniques, réalisée conjointement par deux thésardes. (Annexe 1: répartition des tâches)

Une vignette clinique est un énoncé exposant un contexte clinique authentique. L'auteur de la vignette a pour objectif de présenter un scénario de patient décrivant une situation problématique susceptible d'être rencontrée en pratique.

B) Population cible

Tous les médecins généralistes installés en Nouvelle Aquitaine

C) Elaboration de l'étude

1) Choix de la méthodologie

Une bibliographie a été effectuée à propos de l'examen pelvien chez la femme asymptomatique. Plusieurs études ayant une question de recherche semblable à la nôtre ont été mises en évidence.

Henderson et al., ont évalué les pratiques et croyances des gynécologues-obstétriciens sur l'examen pelvien chez la patiente asymptomatique (29).

Hsu et al., ont évalué la perception par les gynécologues-obstétriciens de l'inspection génitale externe et de l'usage du spéculum chez une femme asymptomatique (30).

Enfin, Lewis et al., ont réalisé une étude afin de mettre en évidence les déterminants qui poussent le médecin généraliste à discuter ou non de la poursuite d'un dépistage individuel du cancer colo-rectal avec un patient âgé (21).

Toutes ces études ont utilisé une méthodologie par vignettes cliniques c'est pourquoi nous nous y sommes intéressées.

Les travaux de Peabody et al. en 2000 puis 2004 ont permis de valider cette méthodologie dans les essais qui ont pour but d'évaluer les compétences et la pratique des médecins. Les vignettes permettent de mettre en évidence les variations de pratiques cliniques et ont pour avantage d'être peu coûteuses, reproductibles et faciles d'usage (43,44).

2) Contenu du questionnaire (Annexe 2)

La première partie du questionnaire consistait à recueillir des informations sur le médecin généraliste interrogé et sa pratique de la médecine générale. Des données démographiques sur le médecin (sa tranche d'âge, son genre) ont été récoltées. Il devait aussi déclarer s'il détenait une formation en gynécologie et s'il la pratiquait. Il devait aussi signaler s'il avait une formation en gériatrie.

En ce qui concerne la pratique de la gynécologie par le médecin, nous avons considéré que la pratique rare était représentée par la réponse "je n'en fais pas sauf quelques urgences ne nécessitant pas d'examen". La pratique occasionnelle était représentée par "je réalise de temps en temps des examens gynécologiques, frottis ..." et une pratique fréquente par "je pratique régulièrement des frottis, pose de dispositifs intra-utérin/implants ...".

La seconde partie du questionnaire présentait les vignettes cliniques de patientes.

Comme dans les travaux de Lewis et al., trois patientes dont l'état de santé variait ont été présentées. L'état de santé reposait sur la présence de comorbidités et

l'espérance de vie de la patiente. Les patientes se présentaient spontanément à la consultation du médecin généraliste pour un renouvellement de traitement, sans plainte gynécologique exprimée. Madame A présentait des caractéristiques de mauvaise santé, Madame B de bonne santé et Madame C de moyenne santé. Cela correspondait respectivement à une espérance de vie de moins de 5 ans, plus de 10 ans et entre 6 et 10 ans (45,46).

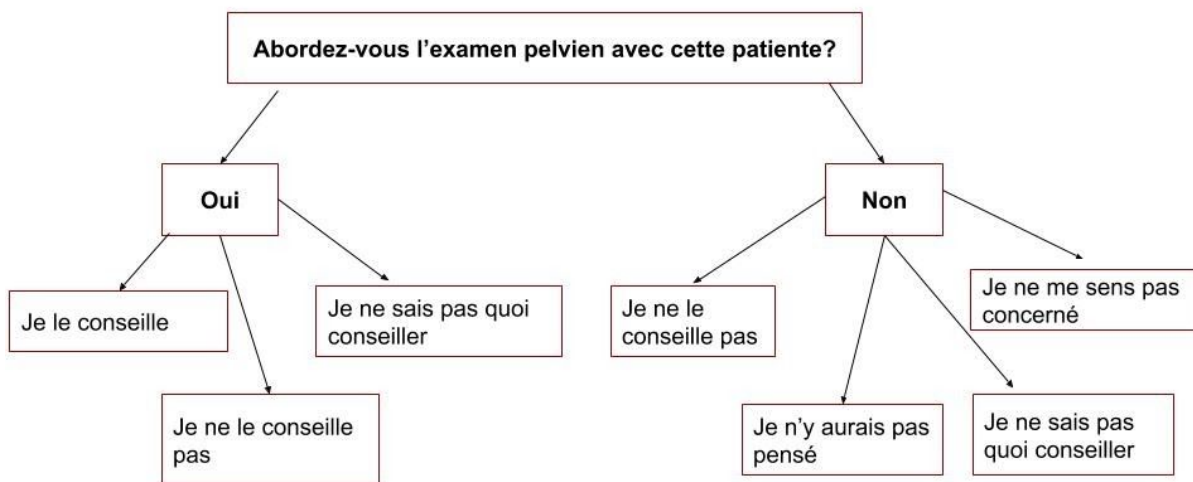
L'âge chronologique des patientes était fixé à 75 ans afin de sortir de la tranche d'âge des patientes concernées par le dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein (28,30). Les trois patientes ne présentaient pas d'antécédent gynécologique ou oncologique.

Les caractéristiques de santé des patientes correspondaient aux données épidémiologiques de l'état de santé des femmes de plus de 65 ans en France (35). Ainsi les cas cliniques exposés reflétaient la pratique réelle.

Le médecin généraliste devait tout d'abord estimer l'espérance de vie de la patiente . Il avait le choix entre: moins de 5 ans, entre 6 et 10 ans, et plus de 10 ans. Il devait par la suite choisir s'il décidait d'aborder le sujet du dépistage par examen pelvien pour la patiente. S'il décidait de l'aborder, il devait spécifier s'il le conseillait, ne le conseillait pas ou ne savait pas quoi conseiller. S'il décidait de ne pas aborder le sujet, il devait ensuite préciser si c'était car il ne le conseillait pas, car il n'y aurait pas pensé, car il ne se sentait pas concerné ou car il ne savait pas quoi conseiller (Figure 1) .

En fin de questionnaire, une question indépendante des vignettes visait à savoir si le médecin généraliste ressentait un besoin de recommandations sur l'examen pelvien de dépistage dans sa pratique quotidienne.

Figure 1: Arbre décisionnel sur l'abord de l'examen pelvien et l'attitude du médecin généraliste



3) Rédaction du questionnaire

Les conseils de rédaction du questionnaire proposés par Peabody et al. ont été appliqués (31).

Le questionnaire a été rédigé à l'aide du logiciel FRAMAFORM (36). C'est un logiciel libre, sur lequel il n'y a pas de collecte de données personnelles et qui permet de recueillir les résultats directement sous forme de tableur, sans saisie manuelle. Seuls les questionnaires intégralement complétés étaient enregistrés dans la base de données.

4) Relecture du questionnaire

Le questionnaire a été testé par 8 médecins remplaçants. Aucun n'a souhaité proposer de réponse alternative.

E) Diffusion de l'enquête

Tous les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM) de Nouvelle-Aquitaine ont été sollicités pour diffuser le questionnaire par courriel ou sur leur site internet aux médecins généralistes. D'autres ont publié l'enquête sur leur site Internet.

Les différents CDOM de Nouvelle-Aquitaine ont été contactés par courriel et téléphone.

Les conseils de l'Ordre de Gironde et des Deux-Sèvres ont envoyé l'enquête aux médecins installés par courriel. Les Conseils de l'Ordre de Charente et de Pyrénées-Atlantiques ont publié l'enquête sur leur site internet.

F) Analyse des données

Le logiciel tableur Microsoft Excel® et le logiciel de statistiques R ont été utilisés (37). L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel R version 3.5.1 utilisé dans l'environnement R studio. Une analyse univariée descriptive et comparative et bivariée de la population a d'abord été effectuée. Puis il a été réalisé une analyse bivariée en utilisant le test de χ^2 ou le Test de Fisher en cas d'effectifs restreints. Le risque de première espèce a été fixé à 5 %.

G) Ethique

La CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) a été contactée, il n'y avait pas de déclaration à faire.

III) RÉSULTATS

Le recueil des données s'est effectué du 08/07/2019 au 13/10/2019. A partir du 07/10/2019 il n'y avait plus de nouveau dépôt de questionnaire, il a donc été décidé d'arrêter l'enquête au 13/10/2019.

201 réponses ont été obtenues soit 603 vignettes cliniques. La totalité de ces réponses étaient exploitables.

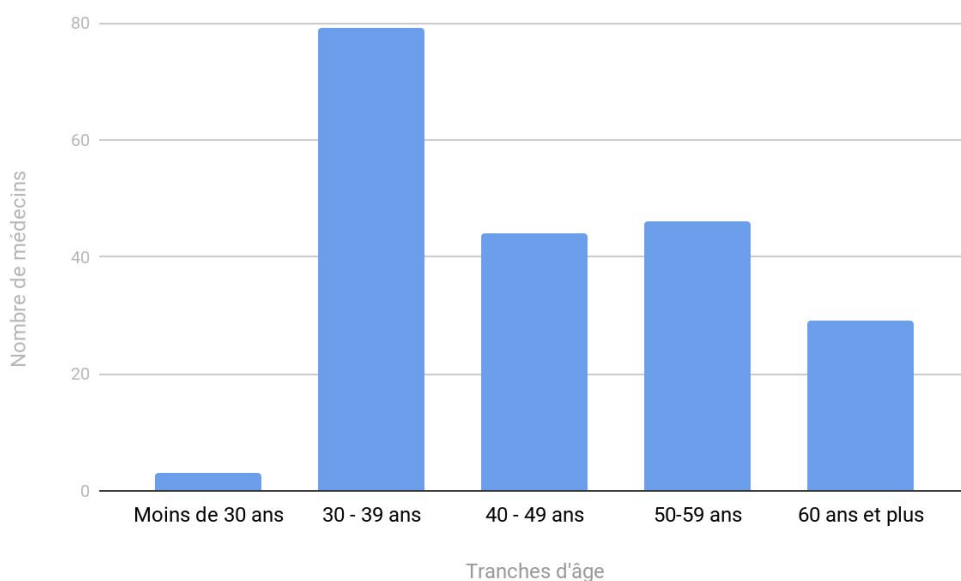
A) Description de la population

Les caractéristiques de la population ont été relevées dans le tableau 1.

Tableau 1: Caractéristiques de la population

Caractéristiques	n (%)
<i>Genre</i>	
H	80 (39.8%)
F	121 (60.2%)
<i>Âge</i>	
Moins de 30 ans	3 (1.5%)
30-39 ans	79 (39.3%)
40-49 ans	44 (21.9%)
50-59 ans	46 (22.9%)
60 ans et plus	29 (14.4%)

<i>Formation en gynécologie</i>	
Oui	61 (30.3%)
Non	140 (69.7%)
<i>Pratique de la gynécologie</i>	
Rarement	68 (33.8%)
Occasionnellement	90 (44.8%)
Fréquemment	43 (21.4%)
<i>Formation en gériatrie</i>	
Oui	29 (14.4%)
Non	172 (85.6%)



Graphique 1: Pyramide des âges des médecins généralistes ayant participé à l'étude

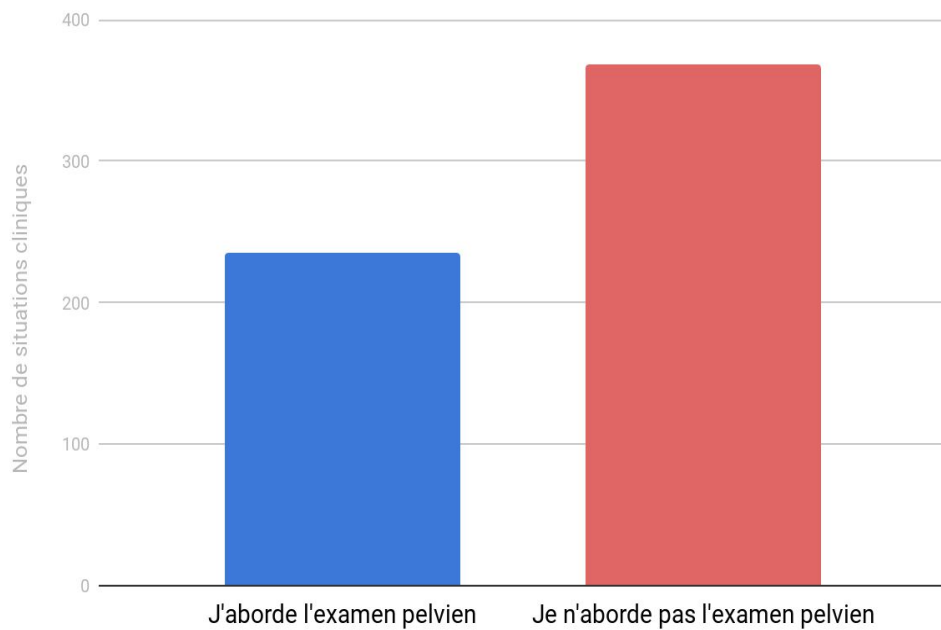
Les femmes sont plus souvent formées à la gynécologie que les hommes: 40,5% des femmes interrogés sont formées contre 15% des hommes ($p=0,0002228$).

Les femmes pratiquent plus souvent puisqu'elles sont 18% à en faire fréquemment, 29,4 occasionnellement et 13% rarement. Les hommes sont eux 8,8% à en faire fréquemment, 38,8% occasionnellement et la majorité, 52,5% n'en font que rarement ($p=4.333e-06$).

Les médecins formés à la gynécologie la pratiquent plus fréquemment ($p=1.488e-14$).

B) Résultat principal

Dans 39% (n=235) des situations cliniques, le médecin décide d'aborder le sujet du dépistage avec sa patiente. 61% (n=368) des médecins n'abordent pas le dépistage par examen pelvien avec une patiente de plus de 75 ans (Graphique 2).



Graphique 2: Abord de l'examen pelvien par le médecin généraliste chez une patiente de 75 ans

C) Résultats complémentaires

1) Les facteurs influençant l'abord du dépistage

a) Les caractéristiques du médecin

- **Le genre**

Les femmes abordent le dépistage dans 40,2% des situations contre 37% pour les hommes ($p=0.4915$). Il n'y a donc pas de différence de pratique en fonction du genre.

- **L'âge**

Les moins de 30 ans abordent le dépistage dans 33,3% des situations contre 41,3% chez les 30-39 ans, 25,8% chez les 40-49 ans, 42% chez les 50-60 ans et 48.3% chez les plus de 60 ans ($p=0.002973$).

Les moins de 50 ans abordent moins le sujet (35.7% des cas) que les plus de 50 ans (44.4% des cas) ($p=0,036$).

- **La formation en gynécologie**

Les médecins formés à la gynécologie abordent le sujet dans 39.3% des situations contre 36.8% pour les non formés ($p=0.1888$). Il n'y a donc pas de différence d'abord en fonction de la formation à la gynécologie.

- **La pratique de la gynécologie**

Chez les médecins qui pratiquent rarement la gynécologie, le dépistage est abordé dans 43,1% des situations, contre 32,2% pour ceux qui pratiquent occasionnellement et 46,5% pour ceux qui en font fréquemment ($p=0.00766$).

- **La formation en gériatrie**

Les médecins formés à la gériatrie abordent le sujet dans 36,8% des cas contre 39,3% chez les non formés ($p=0.7384$). Il n'y a donc pas de différence de pratique en fonction de la formation en gériatrie.

b) L'espérance de vie estimée

- **Espérance de vie estimée à moins de 5 ans**

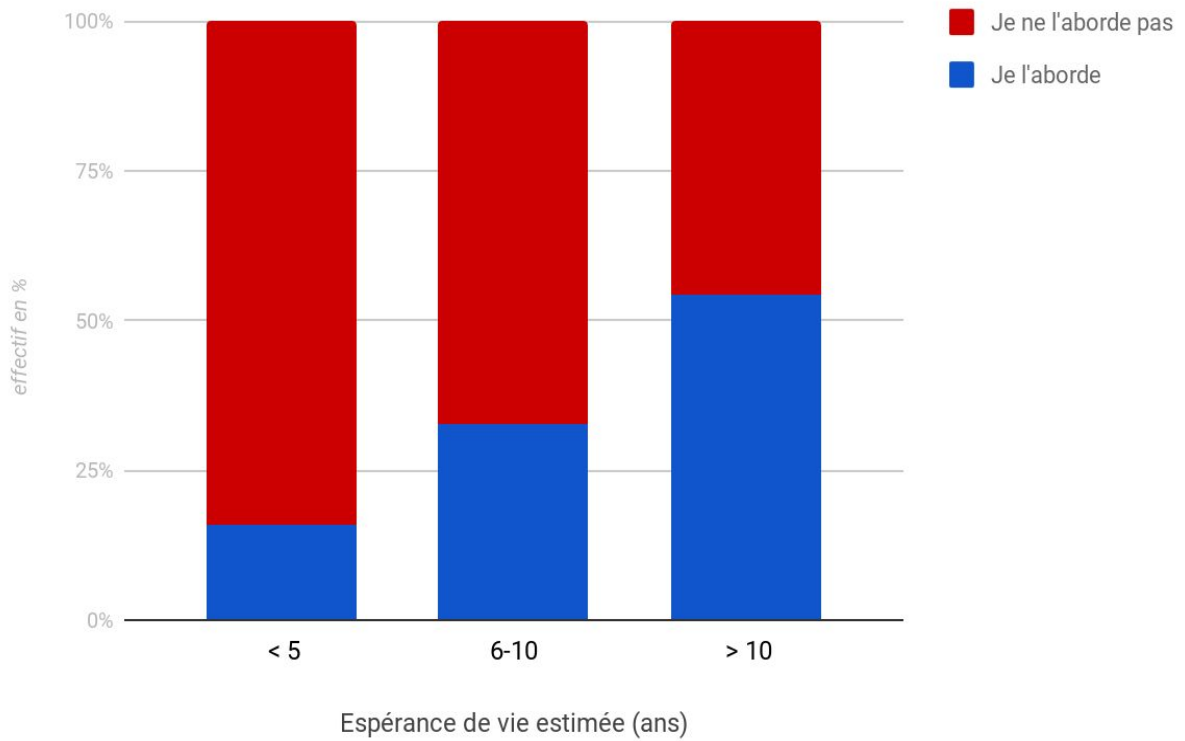
100 vignettes cliniques ont été estimées avec une espérance de vie inférieure à 5 ans. Dans 16% des cas, le dépistage par examen pelvien est abordé.

- **Espérance de vie estimée entre 6 et 10 ans**

250 vignettes cliniques ont été estimées avec une espérance de vie entre 6 et 10 ans. Dans 32,8% des cas, le dépistage par examen pelvien est abordé.

- **Espérance de vie estimée à plus de 10 ans**

253 vignettes cliniques ont été estimées avec espérance de vie supérieure à 10 ans. Dans 54,2% des cas le dépistage par examen pelvien est abordé.

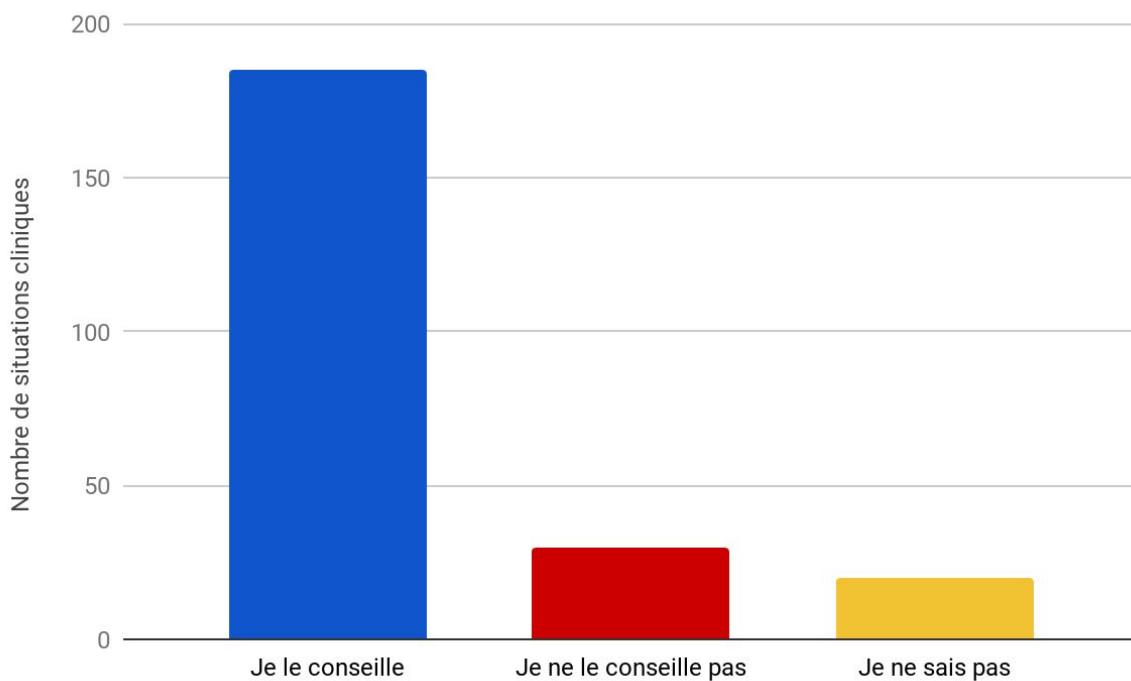


Graphique 3: Abord de l'examen pelvien en fonction de l'espérance de vie

Le nombre de médecins qui aborde le dépistage augmente avec l'espérance de vie estimée de la patiente ($p= 9.794e-12$) (Graphique 3)

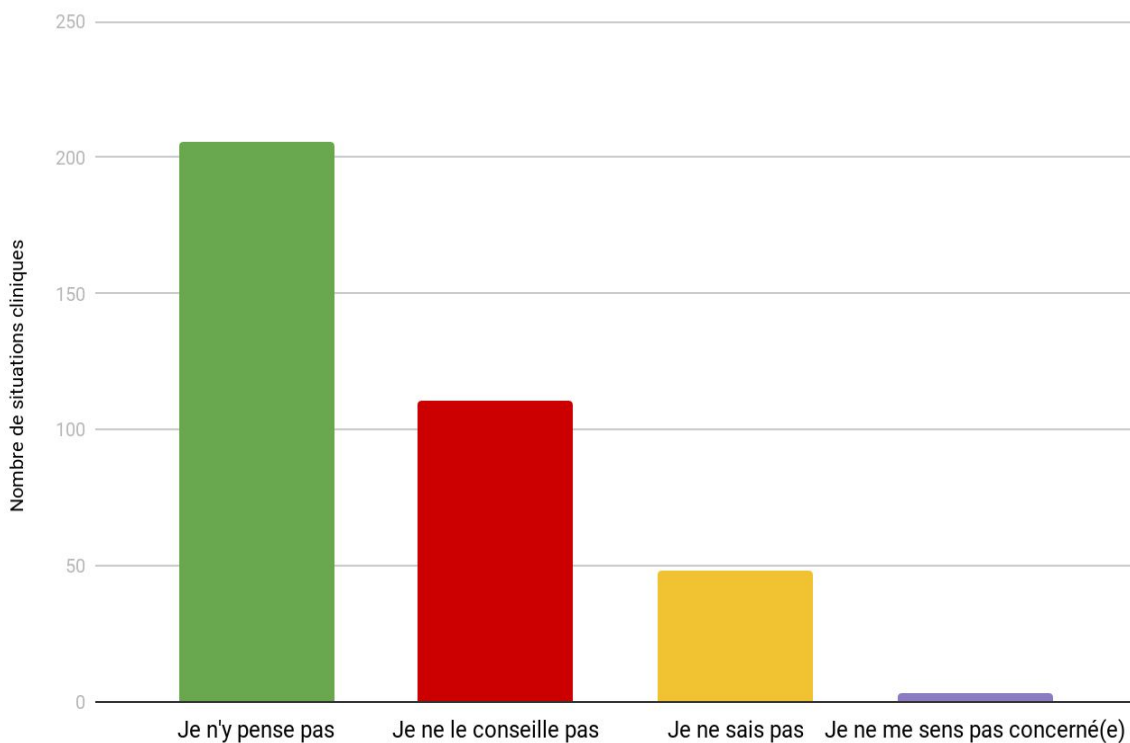
2) L'attitude du médecin généraliste

De façon globale, quand les médecins abordent l'examen pelvien (235 situations), c'est quasiment toujours pour le conseiller (185 situations soit 78,7%). Ils ne le conseillent pas dans 12,8% des cas et ne savent pas quoi conseiller dans 8,5% des cas (Graphique 4).



Graphique 4: Attitude du médecin généraliste lorsqu'il choisit d'aborder l'examen pelvien

Quand les médecins n'abordent pas le sujet (368 situations), c'est d'abord car ils n'y penseraient pas (56%) puis car ils ne le conseilleraient pas (30,2%) puis car ils ne savent pas quoi conseiller (13%) et enfin car ils ne se sentent pas concernés (seulement 3 situations).



Graphique 5: Attitude du médecin généraliste lorsqu'il n'aborde pas l'examen pelvien

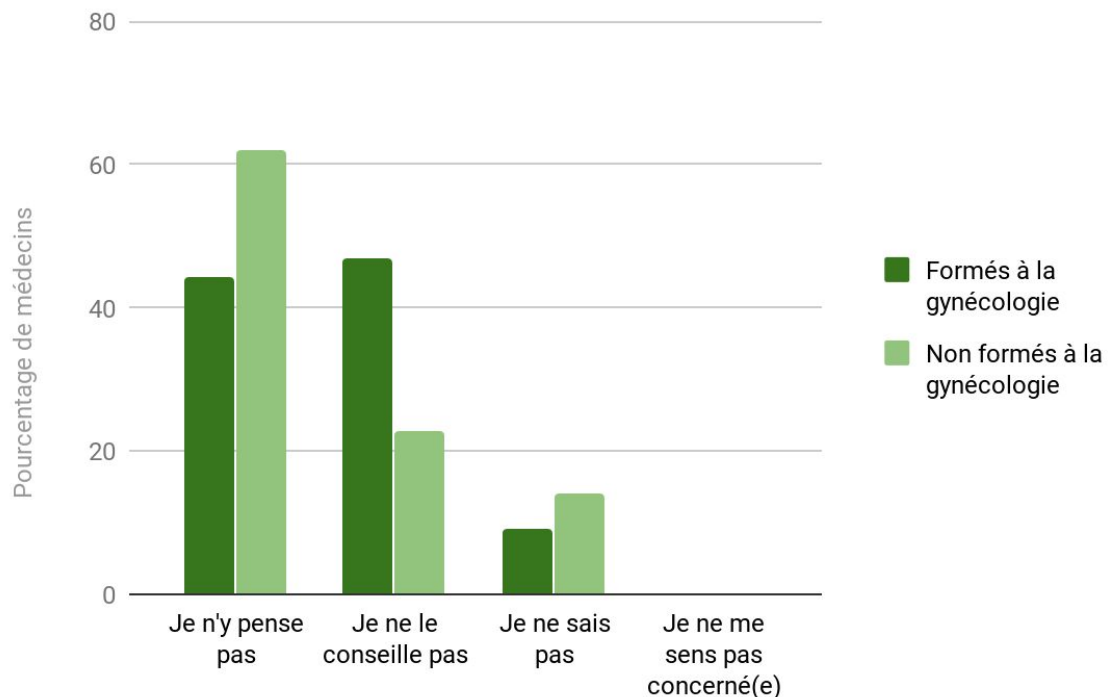
3) Les facteurs influençant l'attitude du médecin généraliste

a) Les caractéristiques du médecin

- La formation en gynécologie

Quand ils abordent le sujet, les médecins ont des attitudes similaires: les formés à la gynécologie conseillent l'examen dans 82,9% des situations et 77% pour les non formés ($p=0,1261$).

Quand ils n'abordent pas le sujet, les attitudes varient en fonction de la formation ($p=5.076e-05$). Les médecins formés à la gynécologie n'y pensent pas dans 44,3% des situations contre 62% chez les non formés. Les médecins formés ne le conseillent pas dans 46,9% des cas contre 22,8 % pour les non formés. Enfin les médecins formés ne savent pas dans 9,2% des cas contre 14,1% des non formés. 3 médecins non formés ne se sentent pas concernés.



Graphique 6: Attitude du médecin lorsqu'il n'aborde pas l'examen pelvien en fonction de sa formation à la gynécologie

La raison principale qui pousse les médecins formés à la gynécologie à ne pas à aborder le sujet est qu'ils ne le conseilleraient pas. Au contraire, les médecins non formés n'abordent pas le sujet car en premier lieu ils n'y pensent pas.

- **La pratique de la gynécologie**

On retrouve une tendance similaire concernant la pratique de la gynécologie car rappelons que les médecins formés en gynécologie sont ceux qui la pratiquent plus fréquemment ($p=1.488e-14$).

Quand ils abordent le sujet, les médecins pratiquant fréquemment la gynécologie conseillent dans 70% des cas et donc moins que ceux qui pratiquent occasionnellement (85%) ou rarement (78,4%) ($p=0,05352$).

Quand ils n'abordent pas le sujet, les attitudes varient en fonction de la pratique de la gynécologie ($p=2.797e-08$). Les médecins ayant une pratique fréquente de la gynécologie n'y pensent pas dans seulement 24,6% des situations contre 64% ayant une pratique occasionnelle et 62% ayant une pratique rare. Les médecins ayant une pratique fréquente ne le conseillent pas dans 59,4% des cas contre 23,5% pour ceux ayant une pratique occasionnelle et 23,3% pour ceux ayant une pratique rare. Enfin les médecins avec pratique fréquente ne savent pas dans 15,9% des cas contre 12,6% pour les pratiques occasionnelles et 12% pour les pratiques rares.

Seuls 3 médecins avec pratique rare ne se sentent pas concernés.

- **L'âge**

L'âge du médecin influence son attitude car lorsqu'ils abordent le dépistage, les plus de 50 ans le conseillent dans 91,9% des cas contre 69,6 pour les moins de 50 ans ($p=0,002858$). En revanche l'âge n'influence pas les raisons pour lesquelles le médecin n'aborde pas le dépistage ($p=0,09956$).

- **Le genre**

Le genre n'influence pas l'attitude du médecin que le sujet soit abordé ou non.

- **La formation en gériatrie**

Qu'ils soient formés ou non à la gériatrie, les médecins ont la même attitude face à la patiente que le sujet soit abordé ($p=0,08188$) ou non ($p=0,2088$).

b) L'espérance de vie estimée

- **Parmi les médecins qui choisissent d'aborder le dépistage avec leur patiente**

Les attitudes varient peu quelque soit l'espérance de vie estimée ($p=0.6153$).

- **Pour une espérance de vie estimée à moins de 5 ans**

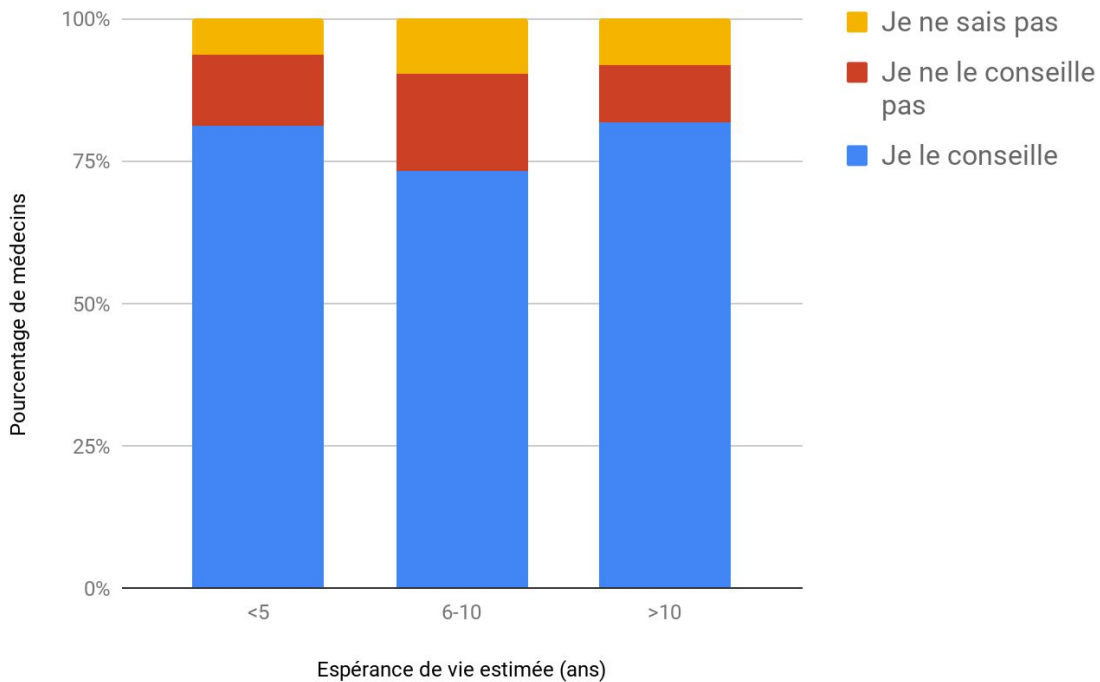
Parmi les 16 médecins qui abordent la thématique du dépistage avec leur patiente, 13 le conseillent (81,2%), 2 ne le conseillent pas (12,5%) et 1 ne sait pas (6,2%).

- **Pour une espérance de vie estimée entre 6 et 10 ans**

Parmi les 82 médecins qui abordent le sujet, 60 le conseillent (71,1%), 14 ne le conseillent pas (17%), 8 ne savent pas (9,7%).

- **Pour une espérance de vie estimée à plus de 10 ans**

Parmi les 137 médecins qui abordent le dépistage, 112 le conseillent (81,7%), 14 ne le conseillent pas (10,2%), 11 ne savent pas (8%).



Graphique 7: Attitude du médecin lorsque l'examen est abordé, en fonction de l'espérance de vie de la patiente

- **Parmi les médecins qui choisissent de ne pas aborder le dépistage**

Ici aussi l'espérance de vie n'a pas d'influence statistiquement significative sur l'attitude du médecin ($p=0.09438$). Cependant il semblerait que la proportion de médecins qui n'y pensent pas augmente avec l'espérance de vie estimée de la patiente.

- Pour une espérance de vie estimée à moins de 5 ans

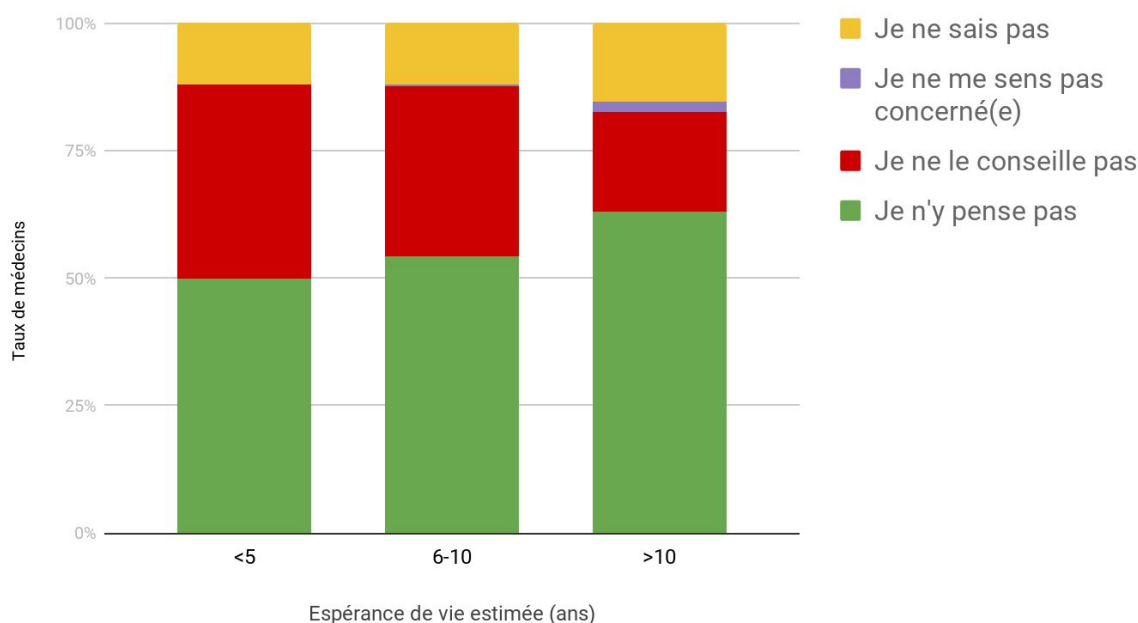
Parmi les 84 médecins qui n'abordent pas le dépistage, 32 ne le conseillent pas (38%), 42 n'y pensent pas (50%) , 10 ne savent pas quoi conseiller (12%).

- Pour une espérance de vie estimée entre 6 et 10 ans

Parmi les 168 médecins qui n'abordent pas le dépistage, 56 ne le conseillent pas (33,3%), 91 n'y pensent pas (54,2%), 1 ne se sent pas concerné (0,6%), 20 ne savent pas quoi conseiller (11,9%).

- Pour une espérance de vie estimée supérieure à 10 ans

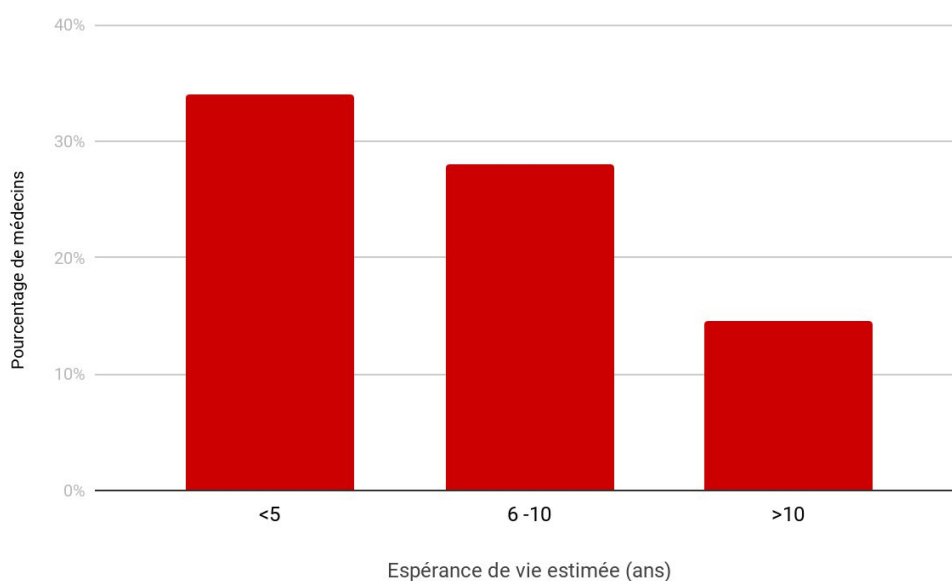
Parmi les 116 médecins qui n'abordent pas le dépistage, 23 ne le conseillent pas (19,8%), 73 n'y pensent pas (62,9%), 2 ne se sentent pas concernés (1,7%), et 18 ne savent pas quoi conseiller (15,5%).



Graphique 8: Attitude du médecin lorsqu'il n'aborde pas l'examen pelvien en fonction de l'espérance de vie de la patiente

- **Parmi les médecins qui ne conseillent pas l'examen, qu'ils décident d'en parler avec leur patiente ou non (nombre de situations= 141)**

Qu'ils aient décidé d'en parler ou non, ils ne le conseilleraient pas dans 34% des cas pour une espérance de vie inférieure à 5 ans, 28% pour une espérance de vie entre 6 et 10 ans et 14,6% pour une espérance de vie supérieure à 10 ans.



Graphique 9: Examen non conseillé en fonction de l'espérance de vie de la patiente

4) Estimation de l'espérance de vie des patientes par les médecins

a) Estimation de l'espérance de vie par vignette clinique

- **Madame A, mauvaise santé**

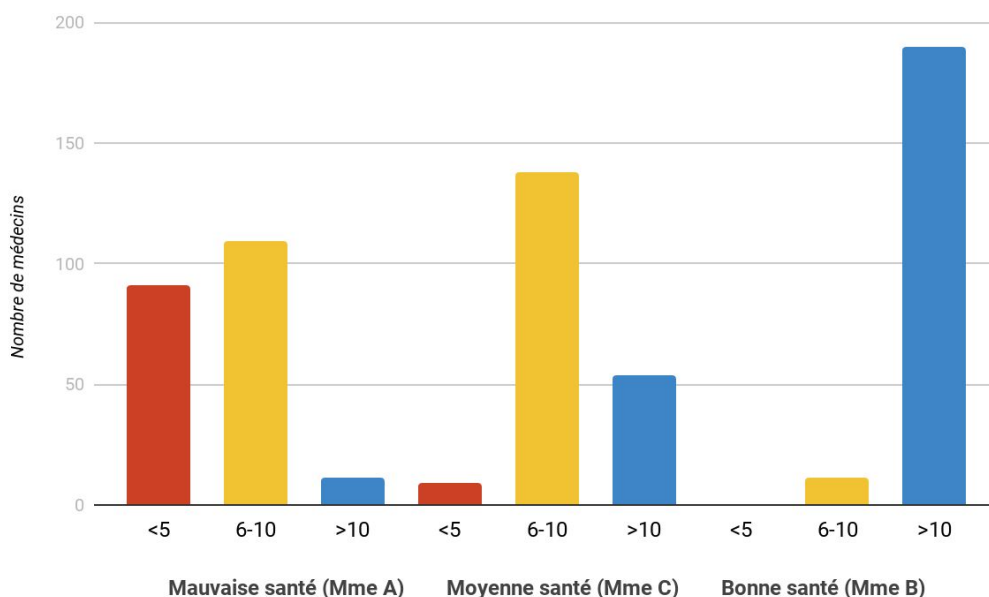
45,3 % (n=91) des médecins ont estimé l'espérance de vie de Mme A à moins de 5 ans. 50,2% (n=101) l'ont estimé entre 6 et 10 ans et 4,5 % (n=9) à plus de 10 ans.

- **Madame B, bonne santé**

94,5% (n=190) des médecins ont estimé l'espérance de vie de Mme B à plus de 10 ans. 5,5% (n=11) d'entre eux l'ont estimé entre 6 et 10 ans. Aucun d'entre eux n'a estimé l'espérance de vie de Mme B inférieure à 5 ans.

- **Madame C, moyenne santé**

4,5% (n=9) médecins ont évalué l'espérance de vie à moins de 5 ans, 68,6 % entre 6 et 10 ans (n=138) et 26,9% à plus de 10 ans (n=54).



Graphique 10: Estimation de l'espérance de vie par vignettes cliniques

b) L'influence des caractéristiques du médecin

Aucune des caractéristiques du médecin n'a eu d'influence sur l'estimation de l'espérance de vie.

- **La formation en gériatrie**

Toutes vignettes confondus, dans 69,4% des cas, les médecins n'ayant pas de formation complémentaire en gériatrie, ont bien évalué l'espérance de vie de la patiente contre 70,1% pour les médecins ayant une formation complémentaire en gériatrie ($p=0.7496$).

- **L'âge du médecin**

Toutes vignettes confondus, l'espérance de vie a bien été évaluée dans :

- 55% des cas pour les médecins de moins de 30 ans (n=3)
 - 73,4% des cas pour les médecins de 30-39 ans (n=70)
 - 69% des cas pour les médecins de 40-49 ans (n=44)
 - 65% des cas pour les médecins de 50-59 ans (n=46)
 - 67,8% des cas pour les médecins de 60 ans et plus (n=29).
- ($p=0.2896$)

De la même manière, nous n'avons pas pu mettre en évidence que le genre du médecin ($p=0.9165$), sa formation en gynécologie ($p=0.4326$) ou sa pratique de la gynécologie ($p=0.9314$) influence l'estimation de l'espérance de vie des patientes.

5) Le besoin de recommandations

67.2% (n=135) médecins ressentent un besoin de recommandations sur l'examen de dépistage par examen pelvien chez la patiente âgée. 32,8% d'entre eux (n= 66) n'en ressentent pas le besoin.

D) Rappel des résultats principaux

- On relève une disparité de la pratique clinique: dans 61% des cas, le médecin n'aborde pas le dépistage par examen pelvien avec la patiente
- Les médecins pratiquant régulièrement la gynécologie abordent plus souvent le dépistage par examen pelvien
- Le nombre de médecins qui abordent l'examen augmente avec l'espérance de vie estimée de la patiente
- Lorsqu'un médecin aborde le dépistage c'est majoritairement pour le conseiller (78,7%)
- Lorsqu'un médecin n'aborde pas le dépistage c'est majoritairement car il n'y penserait pas (56%)

IV) DISCUSSION

A) Résultats de l'étude et comparaison avec les données de la littérature

1) Le médecin généraliste et l'abord du dépistage par examen pelvien

Il existe une diversité de pratique clinique entre les médecins généralistes . Dans 61,2% des situations cliniques présentées, le médecin n'aborde pas l'examen pelvien de dépistage en consultation avec une patiente de plus de 75 ans.

Il semble que la principale raison évoquée soit qu'ils n'y pensent pas (dans 56% des situations où le médecin n'aborde pas le sujet).

Pourtant, Héloïse Guyomard dans sa revue de la littérature portant sur l'état des lieux du suivi gynécologique en médecine générale, nous rappelle que la quasi-totalité des médecins généralistes interrogés considèrent le suivi gynécologique comme faisant partie intégrante de leur mission. 70% abordent la gynécologie plus de 10 fois par semaine (38). A noter que les études incluses ne s'intéressent pas spécifiquement à la femme âgée.

On retrouve aussi cette notion dans la thèse de Cyrielle Chéron portant sur le suivi gynécologique après 65 ans. L'ensemble des médecins interrogés déclarait se sentir concernés par la gynécologie. Tous estimaient que le dépistage des cancers gynécologiques chez les femmes de plus de 65 ans faisait partie de la mission du médecin généraliste (2).

On peut donc faire l'hypothèse que les médecins généralistes pensent à parler de gynécologie en général avec leurs patientes mais qu'ils y pensent moins lorsqu'ils sont face à une patiente âgée.

Par ailleurs, cette disparité de pratique peut s'expliquer par un manque de

recommandations claires sur cet examen en France. D'ailleurs la plupart des médecins dans l'étude rapporte un besoin de recommandations.

Il est possible aussi que par cancers gynécologiques les médecins pensent en priorité au dépistage du cancer du sein plutôt qu'aux cancers pelviens.

Dans la thèse de Cyrielle Chéron, certains médecins déclarent l'examen pelvien comme inutile "à cet âge-là" ou comme inefficace pour détecter des masses pelviennes fortuites (2). Il est donc possible aussi que dans notre étude, les médecins interrogés n'y pensent pas parce qu'ils n'ont pas confiance en l'efficacité et l'intérêt de cet examen.

A noter qu'on ne retrouve pas cette tendance chez les gynécologues obstétriciens qui ont confiance en l'intérêt de l'examen pelvien (29).

Une étude similaire à la nôtre avec des patientes de tout âge permettrait de préciser si les médecins ne pensent pas à aborder l'examen pelvien de dépistage en général ou spécifiquement chez la personne âgée.

2) Les différentes attitudes du médecin généraliste

Parmi les médecins n'abordant pas le sujet, la raison principale est qu'ils n'y auraient pas pensé (56%). Vient ensuite le fait qu'ils ne le conseilleraient pas (30.2% des médecins).

Quand le médecin aborde l'examen pelvien, c'est pour le conseiller (78.7%).

Ils sont peu à ne pas savoir quoi conseiller (8.5% chez ceux qui abordent l'examen et 13% chez ceux qui ne l'abordent pas) ou à ne pas se sentir concernés.

Lewis et al. ont eux mis en évidence que lorsque les médecins n'abordaient pas le dépistage du cancer colo-rectal avec le patient c'est majoritairement car ils ne le conseilleraient pas (21). Dans notre étude, la première cause évoquée est qu'il n'y auraient pas pensé, vient ensuite le fait que les médecins ne l'auraient pas conseillé.

Il faut noter que l'item "je n'y aurais pas pensé" n'était pas une possibilité de réponse proposée par Lewis et al.

La consultation de médecine générale est limitée dans le temps : elle dure 16 minutes en moyenne (39). Il est donc probable que le médecin ne discute pas des examens qu'il considère non judicieux pour sa patiente dans un objectif de gain de temps.

D'autre part, un médecin qui expose un examen qu'il ne conseille pas peut placer la patiente dans une situation d'incompréhension.

Enfin il peut aussi s'agir d'un reliquat de relation médecin-patient basé sur un modèle paternaliste. Le médecin qui a une position claire sur l'examen de dépistage ne cherche pas à favoriser une décision médicale partagée (40).

3) L'influence des caractéristiques du médecin

a) Le genre

Il n'a pas pu être démontré dans cette étude de différence entre les femmes et les hommes sur l'abord ou l'attitude envers l'examen pelvien de dépistage. On s'attendait pourtant à ce que les femmes abordent plus l'examen sachant qu'elles pratiquent plus de consultations gynécologiques que les hommes.

C'est ce qu'ont démontré Iris Bonhomme et Carole Moretti dans leurs travaux : les femmes pratiquaient significativement plus les activités gynécologiques que les hommes pour le dépistage et la prévention gynécologique (41).

Une étude quantitative portant sur un effectif de médecins plus important aurait peut-être permis de montrer une différence des attitudes par genre.

Il est probable aussi ici qu'il y a un biais de recrutement. Les médecins qui ont accepté de participer à l'étude sont probablement plus intéressés par la gynécologie.

b) L'âge

L'étude rapporte que les plus de 50 ans semblent aborder plus souvent le dépistage que les moins de 50 ans. Notre étude ne s'intéresse pas à la pratique mais bien à l'abord, elle concerne potentiellement tous les médecins généralistes.

Dans la littérature, on ne retrouve que des données portant sur la pratique de la gynécologie en fonction des âges. Les résultats recueillis sont contradictoires : dans la thèse de Magali Costes et Géraldine Louzeau, on ne retrouve pas de différence de pratique gynécologique en fonction de l'âge contrairement à celle d'Anne Ména, réalisée auprès de 947 médecins de Hautes-Pyrénées dans laquelle l'activité gynécologique la plus importante revenait aux médecins de plus de 50 ans (42).

c) La formation et la pratique en gynécologie

On ne retrouve pas de différence d'abord entre les médecins formés et les non formés à la gynécologie. Ils déclarent en majorité ne pas aborder le sujet avec la patiente âgée.

En revanche lorsqu'un médecin est formé à la gynécologie ou la pratique régulièrement, et qu'il déclare ne pas aborder le sujet c'est le plus souvent car il ne le conseillera pas. La part de médecins répondant ne pas y penser ou ne pas savoir quoi conseiller est moins importante que pour les médecins non formés ou ne pratiquant pas la gynécologie.

Ainsi, il semble que les médecins avec une orientation gynécologique ait eu un raisonnement avant de prendre la décision de ne pas aborder l'examen.

Ce raisonnement est probablement fondé sur les dernières données scientifiques. Il est possible que les médecins formés et/ou pratiquant régulièrement la gynécologie soient plus à jour des dernières recommandations et parutions en matière d'inefficacité de l'examen pelvien comme examen de dépistage chez la personne âgée asymptomatique (9).

Ce raisonnement prend probablement également en compte des données de faisabilité de l'examen. On rappelle que les médecins ayant une pratique fréquente de la gynécologie ne conseillent pas l'examen dans 59,4% des cas. Les médecins ayant une pratique peu fréquente ne le conseillent pas pour seulement 12% d'entre eux. La pratique régulière de la gynécologie permet probablement au médecin d'appréhender les difficultés de l'examen liées spécifiquement à l'âge de la patiente.

En effet, la thèse de Cyrielle Cheron met en évidence de nombreux freins à l'examen pelvien chez une personne âgée tels que la douleur ou la difficulté à monter sur la table d'examen (2).

Ces résultats diffèrent des études portant sur la pratique de l'examen pelvien par le gynécologue-obstétricien. En 2016, Hsu et al., ont mis en évidence que pour une patiente de 70 ans en bonne santé, 98% des médecins répondants feraient une inspection des organes génitaux externes, 86% d'entre eux proposeraient un examen pelvien avec speculum. Les raisons évoquées étaient la confiance qu'ils avaient en l'examen pour la détection de cancers ainsi que la sensation de répondre à une demande tacite de la patiente, à un standard d'examen gynécologique. Le médecin généraliste ne ressent probablement pas le besoin de proposer obligatoirement un examen gynécologique.

d) La formation en gériatrie

Nous pensons que les médecins formés à la gériatrie auraient été plus nombreux à prendre en compte les critères de comorbidités et d'espérance de vie dans leur décision de poursuivre le dépistage que les autres.

Or notre étude n'a pas permis de mettre en évidence une différence d'abord ou d'attitude entre les médecins formés ou non à la gériatrie, probablement en raison d'un manque d'effectif. Rappelons que seuls 29 médecins déclaraient avoir bénéficié d'une formation en gériatrie.

4) L'influence de l'espérance de vie estimée

Le nombre de médecins qui aborde le dépistage augmente avec l'espérance de vie estimée de la patiente. Le médecin généraliste semble donc s'adapter à l'état de santé de ses patientes en matière de dépistage gynécologique.

Ce constat avait déjà été mis en évidence dans les travaux de Lewis et al. Ils ont évalué l'abord du dépistage du cancer colo-rectal chez les plus de 75 ans par le médecin généraliste. Ceux-ci abordaient d'autant plus le dépistage que l'état de santé de leur patient était bon. Les médecins généralistes choisissaient d'engager la discussion du dépistage du cancer colo-rectal à 91% avec les patientes âgées en bon état de santé contre 44% avec les patients en mauvaise état de santé (23).

Dans les travaux de Chapelet et al. portant sur la description des pratiques de dépistages individuelles chez les plus de 75 ans ayant ou non une démence, les médecins prenaient en compte l'âge numérique, les comorbidités et la présence d'une démence dans leur décision de proposer un dépistage. La totalité des médecins interrogés déclarait que le nombre de comorbidités devait être pris en compte dans la décision de poursuite d'un dépistage individuel (22).

Enfin Lewis et al. en 2008, ont étudié l'abord et le conseil du dépistage du cancer colo-rectal via des vignettes cliniques représentant des patients avec des états de santé et des âges chronologiques différents. Ils ont mis en évidence que les médecins interrogés proposaient plus souvent un examen de dépistage pour les patients qu'ils estimaient en bonne santé. A l'inverse, ils abordaient moins ce sujet avec les patients jugés en moyenne ou mauvaise santé. La part décisionnelle du patient était plus importante lorsque le praticien émettait ses propres doutes sur l'intérêt du dépistage chez le patient (35).

Cooper et al., avaient également étudié les recommandations de dépistage du cancer colo-rectal chez des patients entre 65 et 75 ans en faisant varier leur

comorbidités (aucune, faibles, moyennes et terminales). 91% des médecins conseillaient le dépistage pour le patient en bonne santé. 32% d'entre eux le conseillaient pour un patient souffrant d'un cancer pulmonaire en phase terminale (40).

En 2013, Henderson et al. ont évalué la pratique de l'examen pelvien par des médecins gynécologues-obstétriciens à l'aide de quatre vignettes cliniques de femmes asymptomatiques de 18, 35, 55, 70 ans. Quasiment tous les médecins ont répondu qu'ils pratiqueraient le toucher pelvien peu importe l'âge de la patiente. Ils ne semblaient pas intégrer la notion d'espérance de vie dans leur réponse.

Les résultats de l'étude semblent donc en accord avec les données de la littérature. Le médecin généraliste a en effet une vision globale de sa patiente et intègre des données de comorbidités, autonomie et état de santé. Il a par ailleurs une activité de promoteur du dépistage de manière générale (41).

5) Les capacités du médecin à estimer l'espérance de vie

Les médecins ont eu des difficultés à évaluer correctement l'espérance de vie pour les patientes en mauvaise et en moyenne santé.

Peu d'études dans la littérature s'intéressent à la capacité d'un médecin à évaluer l'espérance de vie en dehors des situations de fin de vie.

L'étude de Lewis et al. de 2008 retrouve des résultats similaires aux nôtres. Lorsqu'il s'agissait d'estimer l'espérance de vie du patient, les médecins divergeaient dans leur réponses pour les patients en mauvaise santé. 16% d'entre eux estimaient l'espérance de vie du patient de 75 ans en mauvaise santé à moins de 2 ans, 42% l'estimaient à moins de 5 ans, et 42% l'estimaient entre 5 et 10 ans. Les réponses apportées étaient bien plus harmonieuses pour les patients en moyenne et bonne santé. A noter que cette étude portait sur des médecins en cours de formation (résidents américains) (35).

Pourtant, il est conseillé de proposer un examen lorsque l'espérance de vie du patient est de plus de 5 à 10 ans selon les études (16,24).

En pratique il existe actuellement des outils pouvant guider les médecins dans leur raisonnement. On dénombre une dizaine d'échelles d'évaluation du risque de mortalité répertoriées sur le site ePrognosis (www.eprognosis.org) (44). Ces scores reposent essentiellement sur des données démographiques, des pathologies, et sur des critères limités auto-rapportés par le patient sur son état fonctionnel.

Gill. et al. rappellent qu'il faut rester prudent avec ces index, ce sont des indices de mortalité et non d'espérance de vie. Ces échelles sont longues à compléter. Enfin ils regrettent que certains facteurs essentiels tels que l'environnement, les facteurs génétiques, ou l'entourage du patient ne soient pas des facteurs pris en compte dans ces calculs (47).

Yourman et al. ont réalisé une revue de la littérature systématisée sur les échelles de mortalité de la personne de plus de 60 ans. Parmi les 16 études incluses, aucune ne permet de valider l'usage d'une échelle de mortalité en pratique clinique (56).

Par ailleurs, on remarque que la notion de fragilité de la personne âgée n'est pas incluse dans ces index.

La fragilité se définit comme un syndrome résultant d'influences diverses, caractérisée par une diminution de la réserve physiologique de plusieurs organes et menant à une vulnérabilité augmentée lors d'exposition au stress (48).

Les personnes âgées fragiles ont un risque important de dépendance dans les actes essentiels de la vie quotidienne, d'hospitalisation, d'institutionnalisation, de pathologies prolongées et de mortalité (52). Il paraît donc logique de vouloir inclure le syndrome de fragilité dans un indicateur de mortalité.

C'est ce qu'ont proposé Kojima et al. dans leur méta analyse publiée en 2018 à propos des index de fragilité comme indicateur de mortalité. Ils ont inclus 18

cohortes provenant de 19 études prospectives publiées après l'an 2000. Ils ont démontré que la fragilité calculée sur l'index de fragilité est bien un marqueur significatif de mortalité (53).

Finalement, dans l'attente d'une échelle validée en pratique clinique, Gill et al. conseillent aux praticiens d'utiliser les tables d'espérance de vie et leur sens clinique afin d'estimer si leur patient semble être en meilleur ou moins bonne santé qu'un homme ou une femme du même âge (47).

B) Critique de la méthodologie et du questionnaire

1) Biais de sélection

Le recrutement des 201 médecins de l'échantillon s'est fait de manière prospective par courriel ou par diffusion du questionnaire sur les sites internet de l'Ordre des médecins. Cette méthode de sélection ainsi que l'utilisation d'un questionnaire en ligne excluait les médecins non informatisés.

L'étude portait sur les médecins généralistes installés en Nouvelle-Aquitaine, ce qui ne permet pas d'extrapoler les résultats aux autres territoires. Par ailleurs les Conseils de l'Ordre des médecins de la Haute-Vienne, de la Vienne, de la Dordogne, du Lot-et-Garonne, des Landes, de la Corrèze et de la Creuse n'ont pas répondu ou n'ont pas souhaité transmettre notre travail. Les médecins exerçants dans ces départements ont donc été exclus de l'étude.

Le principal biais de sélection dans cette étude était celui du volontariat. Il fallait moins de trois minutes pour répondre au questionnaire, cependant cela a pu freiner un bon nombre de médecins n'ayant pas de temps à consacrer à l'étude du fait de leur surcharge de travail. Inversement, les médecins ayant répondu sont probablement davantage intéressés par la pratique gynécologique et donc probablement plus motivés pour répondre à cette enquête.

Par ailleurs, il existait aussi un biais de recrutement. En effet les médecins récemment installés, plus proches du cursus universitaire ont sans doute été plus enclins à répondre à un questionnaire de thèse que les médecins proches de la retraite. Ceci pourrait expliquer que notre échantillon, comprenant beaucoup de jeunes médecins ne soit pas représentatif de la population médicale des généralistes en France dont la moyenne d'âge est de 54,9 ans en 2018 selon de CDOM (27).

Par ailleurs, la proportion de femmes de notre échantillon (60,1%) était supérieure à celle retrouvée en Nouvelle-Aquitaine en 2018 (49,5%) (27). Cela peut s'expliquer par le fait que les femmes sont plus formées à la gynécologie que les hommes et ont une activité gynécologique plus importante que leurs confrères (38).

2) Biais d'interprétation

L'utilisation des vignettes cliniques a permis d'éviter les écueils d'une enquête de pratiques.

L'utilisation de FRAMAFORM ne nous permettait pas d'instaurer une contrainte de temps et le médecin avait la possibilité de revenir en arrière.

L'utilisation des vignettes impliquait que les résultats ne puissent s'appliquer qu'à la population de nos vignettes et reflètent une version idéalisée de la pratique clinique. Plus de vignettes cliniques auraient pu être proposées. Par exemple, une vignette concernant une patiente vivant en institution aurait pu être soumise car après 75 ans en France une personne sur douze vit en institution (43). Une vignette concernant une patiente démente aurait également pu être proposée car le nombre de cas attendu en 2030 s'élèverait à environ 1 750 000 (44). Cependant il paraissait essentiel que le temps de réponse au questionnaire soit le plus court possible afin de favoriser le nombre de répondants. Ainsi il a été choisi de ne pas faire varier le lieu de vie ni l'état cognitif et de faire varier uniquement l'espérance de vie de la patiente.

Nous n'avons pas pu établir de taux de réponse et donc pas pu analyser les caractéristiques des non-répondants.

L'étude portait sur l'examen pelvien qui englobe en réalité plusieurs items : l'examen externe, le toucher vaginal, l'examen au spéculum. Cela a pu créer une confusion et il est possible que certains médecins aient pu avoir envie de ne conseiller qu'une partie de l'examen.

D'autres études ont d'ailleurs montré que les gynécologues conseillaient la poursuite d'un examen externe sans examen au spéculum chez la femme âgée (30).

Cependant, nous avons décidé de traiter l'examen pelvien sans plus de précision afin de ne pas discriminer les médecins pratiquant la gynécologie des autres.

Il aurait aussi été intéressant de pouvoir évaluer l'abord du dépistage gynécologique en y incluant le dépistage du cancer du sein, par le médecin généraliste chez la personne âgée.

3) Biais déclaratif

L'enquête était déclarative et ne peut être qu'un reflet de la pratique clinique. Afin d'éviter ce biais, le gold standard aurait été une étude avec patients acteurs, difficilement réalisable à notre échelle. Une étude des dossiers aurait également pu être intéressante mais très peu sont remplis correctement et Peabody et al. ont prouvé que cette méthode est moins performante que les vignettes (31). Enfin nous aurions pu utiliser une méthode impliquant les internes en stage chez le praticien mais nous n'aurions pas pu récolter autant de situations cliniques.

Le taux d'abord de l'examen pelvien déclaré était probablement plus important que dans la pratique réelle. En effet nos questions imposaient une réponse au médecin or il existe certainement une part plus importante de médecins ne se posant pas la question en pratique courante.

Il est également possible que les réponses proposées aient pu influencer le répondant qui n'aurait peut-être pas déclaré la même conduite pratique si le questionnaire était en réponses libres. Les questions fermées ont été préférées afin de faciliter les réponses et leurs analyses. Une enquête qualitative aurait sans doute permis d'approfondir certains items.

Toutefois, grâce à l'anonymat du questionnaire, le médecin répondant était plus enclin à répondre avec sincérité sans crainte d'être jugé sur sa pratique et nous avons essayé de proposer un panel de réponses permettant de refléter toutes les pratiques cliniques.

C) Atouts de l'étude

1) Le choix du sujet

L'intérêt de l'examen pelvien en tant qu'examen de dépistage a été récemment remis en cause dans la littérature (10). L'examen pelvien n'a pas fait preuve de son efficacité pour dépister les pathologies cancéreuses (utérine, vulvaire ou ovarienne), ni des pathologies inflammatoires ni des infections sexuellement transmissibles (12).

Aux Etats-Unis, l'American College of Physicians (ACP) ne recommande plus d'examen pelvien systématique chez une femme asymptomatique, en l'absence de grossesse et de sur-risque oncologique (11). Qaseem et al. ont réalisé pour l'ACP une revue de la littérature utilisant le système GRADE modifié (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) pour classer les données probantes et exclure les données probantes de très faible qualité (45) . Trois études de cohortes prospectives de qualité ont révélé que la précision diagnostique de l'examen pelvien était faible pour dépister le cancer des ovaires (45,46,47) . Sur 5633 patientes, seuls quatre cas de cancer ovarien auront été dépistés par examen pelvien (valeur prédictive positive <4%). L'essai randomisé, contrôlé Prostate Lung Colorectal and Ovarian Cancer Trial portant sur 78 000 patientes compare l'efficacité de l'échographie pelvienne, le dosage du marqueur CA-125 et l'examen pelvien dans le dépistage du cancer de l'ovaire. Après 5 ans, le toucher pelvien n'ayant détecté aucun cancer, cette technique a été abandonnée (49).

La recherche n'a relevé aucune étude évaluant les capacités de dépistage d'autres types de cancers, des maladies inflammatoires pelviennes ou d'autres affections bénignes chez les femmes asymptomatiques.

Des données probantes de faible qualité à propos des inconvénients de l'examen pelvien ont signalé de la peur, gêne et anxiété à l'examen mais aussi de la douleur et de l'inconfort. Une étude de cohorte prospective de grande qualité a

révélé qu'à la suite des interventions découlant de l'examen pelvien de dépistage, 1,5 % des femmes ont subi une chirurgie non nécessaire (ouverte ou par laparoscopie) (10).

In fine, il n'y a pas de données de la littérature prouvant le bénéfice de réaliser un examen pelvien systématique de dépistage pour la réduction de la morbi-mortalité des femmes (12).

L'US Preventive Services Task Force (USPSTF) a validé les recommandations de l'ACP (50). L'American Academy of Family Physicians (AAFP) ne recommande pas non plus cet examen pelvien, et ajoute qu'il présente plus d'inconvénients que de bénéfices pour la patiente (51).

Au Canada en 2016, la Canadian Task Force of Preventive Health Care (CTFPHC) a adopté les recommandations américaines de l'ACP. En effet le Groupe d'Etude Canadiens sur les Soins de Santé Préventif (GECSSP) a utilisé la méthode SNAP-IT afin de déterminer s'il pouvait adopter les recommandations de l'ACP avec ou sans modification. Au terme de ce travail, tous les membres du groupe de travail ont adopté les recommandations de l'ACP sans aucune modification (1).

En 2012, l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recommande l'examen pelvien annuel chez la femme asymptomatique de plus de 21 ans (avis d'expert) (52). Il précise qu'il est préférable d'arrêter le dépistage par examen pelvien si l'âge de la patiente ou ses comorbidités sont tels que l'on choisirait de ne pas intervenir (53). En 2016, il reconduit cette recommandation. Il ajoute qu'il faut exposer à la patiente les bénéfices et limites attendus de cet examen afin que celui-ci relève bien d'une décision médicale partagée (54).

Depuis 2006, la Nouvelle-Zélande, l'Australie et Royaume-Uni ne proposent plus l'examen pelvien comme examen de dépistage (13).

En France, le CNGOF n'a pas statué sur ces dernières données de la littérature. En 2016, il conseille à la femme ménopausée de bénéficier d'un examen

clinique annuel avec examen des seins et examen gynécologique, sans limite d'âge précisée (7) .

Il nous a donc paru intéressant d'observer si les médecins généralistes ont adapté leurs pratiques sans attendre de nouvelles recommandations.

Par ailleurs, nous avons décidé de nous intéresser à la population âgée. La population vieillit. Or nous n'avons pas trouvé d'études sur l'examen pelvien de dépistage chez la personne âgée. La population des personnes âgées est intéressante car elle nécessite l'intégration de données multifactorielles sur l'état de santé et l'espérance de vie à un instant t, ce qui est le propre du médecin généraliste.

2) Le choix de la population

De nombreuses études ont porté sur la pratique de l'examen pelvien en tant que dépistage chez la patiente asymptomatique tout âge confondu. Ces études questionnaient les gynécologues obstétriciens sur leur pratiques et leur croyances en l'examen. Aucune étude ne s'intéressait aux médecins généralistes (29,30).

Par ailleurs, bien que les chiffres démographiques des médecins généralistes et gynécologues s'annoncent en baisse à l'horizon 2030 (55). Trois quarts des femmes considèrent que les gynécologues médicaux ne sont pas assez nombreux en France et qu'il est de plus en plus difficile d'obtenir un rendez-vous pour une consultation gynécologique. Ce déficit ressenti pourrait être dû à la sur-spécialisation de la gynécologie (assistance à la procréation, échographie prénatale, etc) induisant une baisse de l'offre de soins concernant les consultations gynécologiques de routine. Le médecin généraliste aura donc de plus en plus sa place en tant que promoteur de dépistage et coordination de soins en matière de gynécologie (38).

3) L'originalité de la méthode

Nous avons réalisé cette enquête avec l'aide de vignettes cliniques ce qui est

une démarche originale pour une thèse de médecine générale.

Comme le montrent les travaux de Peabody et al., la qualité des soins a été mesurée à 76,2% avec le gold standard (patient-acteur) versus 71% pour les vignettes cliniques et 65,6% pour l'étude de dossiers médicaux (31).

De plus cette méthode nous a permis d'analyser 603 situations cliniques différentes. C'est bien plus que ce que nous aurions récolté par analyse de dossiers médicaux ou recueil direct en consultation par un interne en médecine. Cela permet également d'éviter tout biais de mémorisation.

Cette méthode est ludique et créative tant dans la réalisation des cas cliniques qui nous sont propres que dans l'extrapolation des résultats qui reste simple.

La difficulté de cette méthodologie était d'élaborer des vignettes représentatives de situations cliniques réelles. Nous aurions aimé pouvoir explorer plus de situations cliniques en faisant varier les âges chronologiques mais aussi les modes de vie des patientes (au domicile, en institution). Mais nous avons dû limiter le nombre de vignettes proposées pour maximiser nos chances de réponses.

D) Perspectives

Les recommandations concernant la pratique de l'examen pelvien de dépistage ont évoluées à l'international. L'examen chez une femme asymptomatique sans sur risque de cancer et en dehors du contexte de dépistage par frottis cervico-vaginal n'est plus recommandé. Cela implique que le médecin généraliste doit pouvoir déterminer quelles sont ces patientes réellement asymptomatiques. Or le médecin généraliste peut-il attendre de sa patiente qu'elle lui parle spontanément de ses problèmes gynécologiques ? Pour y répondre, il serait utile d'étudier l'abord des symptômes de la sphère gynécologiques par la personne âgée.

Il serait opportun de sensibiliser les médecins généralistes à la gynécologie de la personne âgée. Ainsi celui-ci penserait davantage lors des consultations à interroger sa patiente sur la présence ou non de symptômes gynécologiques. Les patientes qui n'auraient pas osé aborder ce sujet, auraient alors une chance d'en parler. Ceci permettrait alors au médecin de sélectionner les patientes pour lesquelles un examen pelvien serait propice.

De plus, le médecin généraliste se verra confronter de plus en plus au dépistage individuel car la population vieillit et sort des limites d'âge des dépistages organisés. Eckrsom et al. rappelle que pour proposer un examen de dépistage il faut prendre en compte les comorbidités du patient, les avantages et inconvénients du dépistage pour le patient et les préférences du patient (56). Dans la littérature on retrouve un manque d'études menées sur la population âgée qui est pourtant grandissante. Il serait intéressant de mener plus de sujet d'études sur la population âgée qui est extrêmement hétérogène.

Enfin, comme nous l'avons vu précédemment, il pourrait être utile au médecin généraliste de se référer à une échelle d'espérance de vie fiable et rapide d'utilisation. Elle serait alors un outil complémentaire pour le médecin et viendrait enrichir la réflexion médicale en terme d'établissement de plan de prévention,

dépistage, diagnostique et thérapeutique individualisé. Elle n'occulterait en aucun cas le dialogue médecin-patient.

V) CONCLUSION

L'objectif de ce travail était d'étudier l'abord de l'examen pelvien chez la patiente âgée par le médecin généraliste.

Bien que le suivi gynécologique soit reconnu par la quasi-totalité d'entre eux comme faisant partie de leurs missions, il existe une disparité de pratique. En effet l'examen pelvien de dépistage est abordé dans seulement 39% des cas avec la patiente de 75 ans.

Les raisons principales évoquées sont qu'il n'y penserait pas et qu'il ne le conseillera pas. Les médecins formés à la gynécologie sont plus nombreux à ne pas conseiller l'examen, certainement en raison d'une meilleure connaissance du manque d'efficacité de l'examen pelvien de dépistage et des difficultés techniques.

L'abord de l'examen pelvien est influencé par l'espérance de vie de la patiente, ce qui prouve que le médecin généraliste intègre des données de comorbidités, autonomie et état de santé pour adapter ses stratégies de dépistage. La création d'une échelle d'espérance de vie validée en pratique clinique intégrant la notion de fragilité pourra l'aider à prendre des décisions face à une population âgée grandissante et dont l'état de santé est hétérogène.

En l'absence de recommandations claires il devra favoriser une décision partagée avec sa patiente âgée pour la poursuite ou non de l'examen pelvien de dépistage.

C'est pourquoi l'intérêt d'un dépistage systématique des symptômes gynécologiques par entretien chez les patientes âgées pourrait faire l'objet d'un prochain travail.

BIBLIOGRAPHIE

1. Tonelli M, Connor Gorber S, Moore A, Thombs BD, Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on routine screening pelvic examination: Canadian Task Force on Preventive Health Care adoption of the American College of Physicians guideline. *Can Fam Physician Med Fam Can*. 2016 mars;62(3):211-4.
2. Chéron C. Examen gynécologique chez les femmes de plus de 65 ans en médecine générale pour le dépistage des cancers gynécologiques, freins et limites: étude qualitative auprès de 20 praticiens. Thèse de Médecine, Rouen: Faculté de médecine et de pharmacie de Rouen; 2016.
3. Institut National du Cancer. Cancer du corps de l'utérus. Epidémiologie [Internet]. INCa;2017. [Consulté le 22 septembre 2019]. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Themes/Types-de-cancer/Cancer-du-corps-de-l-uterus/Epidemiologie-corps-uterus>
4. Institut National du Cancer. Cancer du col de l'utérus. Quelques chiffres [Internet]. INCa;2015. [Consulté le 22 septembre 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-col-de-l-uterus/Quelques-chiffres>
5. Institut National du Cancer. Cancer de l'ovaire. Epidémiologie [Internet]. INCa;2017. [Consulté le 22 septembre 2019]. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Themes/Types-de-cancer/Cancer-de-l-ovaire/Epidemiologie-Ovaire>
6. Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Colonna M, Dantonny E. Synthèse - Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 [Internet]. 2019. [Consulté le 22 septembre 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Synthese-Estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-entre-1990-et-20182>

7. CNGOF. Le suivi de la femme ménopausée [Internet]. [consulté le 4 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/menopause/335-le-suivi-de-la-femme-menopausee>
8. Armand A. Quelles sont les motivations des professionnels de santé à réaliser des frottis cervico utérins, avant 25 ans et après 65 ans, dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus ? Thèse de médecine, Toulouse: Université de Médecine Paul Sabatier III; 2016.
9. Badet-Phan A, Moreau A, Colin C, Canoui-Poitrine F, Schott-Pethelaz AM, Flori M. Obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus rencontrés par les médecins généralistes chez les femmes âgées de 50 à 65 ans. *Prat Organ Soins*. 2012;43(4):261-8.
10. Bloomfield HE, Olson A, Greer N, Cantor A, MacDonald R, Rutks I, et al. Screening pelvic examinations in asymptomatic, average-risk adult women: an evidence report for a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2014 juillet;161(1):46-53.
11. ACP. American College of Physicians recommends against screening pelvic examination in adult, asymptomatic, average risk, non-pregnant women [Internet]. [Consulté le 8 août 2019]. Disponible sur: <https://www.acponline.org/acp-newsroom/american-college-of-physicians-recommends-against-screening-pelvic-examination-in-adult-asymptomatic>
12. Qaseem A, Humphrey LL, Harris R, Starkey M, Denberg TD. Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Screening pelvic examination in adult women: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2014 juillet;161(1):67-72.
13. Stewart RA. Pelvic examination of asymptomatic women. Attitude and clinical practice. *Aust Fam Physician*. Juin 2008;37(6):493-6.
14. Maraninchi D. Etat des lieux et perspectives en oncogériatrie. Institut National du Cancer; 2009.
15. Guessous I, Gaspoz JM, Paccaud F, Cornuz J. Dépistage : principes et méthodes. *Rev Med Suisse*. 2010;6:1390-94.

16. Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage [Internet]. 2014. [Consulté le 18 août 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage
17. Haute Autorité de Santé. Cancer colorectal : modalités de dépistage et de prévention chez les sujets à risque élevé et très élevé [Internet]. 2017. [Consulté le 18 août 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2772744/fr/cancer-colorectal-modalites-de-depistage-et-de-prevention-chez-les-sujets-a-risque-eleve-et-tres-eleve
18. Haute Autorité de Santé. Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67 [Internet]. 2019. [Consulté le 22 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2806160/fr/evaluation-de-la-recherche-des-papillomavirus-humains-hpv-en-depistage-primaire-des-lesions-precancereuses-et-cancereuses-du-col-de-l-uterus-et-de-la-place-du-double-immuno-marquage-p16/ki67
19. Insee. Espérance de vie en 2018 [Internet]. [Consulté le 18 août 2019]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012749#tableau-TCRD_050_tab1_regions2016
20. Chapelet G, Berrut G, Bourbouloux E, Campone M, Derkinderen P, de Decker L. Cancer screening practices in elderly with dementia. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieillesse*. 2015 juin ;13(2):133-40.
21. Lewis CL, Esserman D, DeLeon C, Pignone MP, Pathman DE, Golin C. Physician decision making for colorectal cancer screening in the elderly. *J Gen Intern Med*. 2013 septembre;28(9):1202-7.
22. American Family Physician. Choosing Wisely: More Good Clinical Recommendations [Internet]. [Consulté le 18 août 2019]. Disponible sur: <https://www.aafp.org/afp/recommendations/search.htm>

23. Breslau ES, Gorin SS, Edwards HM, Schonberg MA, Saiontz N, Walter LC. An Individualized Approach to Cancer Screening Decisions in Older Adults: A Multilevel Framework. *J Gen Intern Med*. 2016 mai;31(5):539-47.
24. Fayolle E, Vallée J. Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes. *Exercer*. 2013;107:114-20.
25. Ministère des Solidarités et de la Santé. Plan cancer 2014-2019. Guérir et prévenir les cancers: donnons les mêmes chances à tous, partout en France [Internet]. [Consulté le 18 août 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-02-03_Plan_cancer-2.pdf
26. Sawaya G, Iwaoka-Scott AY, Kim S, Wong ST, Huang AJ, Washington AE, et al. Ending cervical cancer screening: attitudes and beliefs from ethnically diverse older women *Am J of Obstet and Gynecol*. 2009 Janvier;200(1):40.e1-7.
27. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale 2019 [Internet]. [Consulté le 17 septembre 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
28. Saleh N, Abu-Gariba M, Yehoshua I, Peleg R. Barriers to implementation of a pelvic examination among family doctors in primary care clinics. *Postgrad Med*. 2018 avril 3;130(3):341-7.
29. Henderson JT, Harper CC, Gutin S, Saraiya M, Chapman J, Sawaya GF. Routine bimanual pelvic examinations: practices and beliefs of US obstetrician-gynecologists. *Am J Obstet Gynecol*. 2013 février;208(2):109.e1-7.
30. Hsu A, Henderson JT, Harper CC, Sawaya GF. Obstetrician-Gynecologist Practices and Beliefs Regarding External Genitalia Inspection and Speculum Examinations in Healthy Older Asymptomatic Women. *J Am Geriatr Soc*. 2016 février;64(2):293-8.
31. Peabody JW, Luck J, Glassman P, Dresselhaus TR, Lee M. Comparison of vignettes, standardized patients, and chart abstraction: a prospective validation study of 3 methods for measuring quality. *JAMA*. 2000 avril 5;283(13):1715-22.
32. Peabody JW, Luck J, Glassman P, Jain S, Hansen J, Spell M, et al. Measuring

the quality of physician practice by using clinical vignettes: a prospective validation study. *Ann Intern Med.* 2004 novembre;141(10):771-80.

33. Lewis CL, Moore CG, Golin CE, Griffith J, Tytell-Brenner A, Pignone MP. Resident Physicians' Life Expectancy Estimates and Colon Cancer Screening Recommendations in Elderly Patients. *Med Decis Making.* 2008;28(2):254-61.
34. Lewis CL, Griffith J, Pignone MP, Golin C. Physicians' Decisions About Continuing or Stopping Colon Cancer Screening in the Elderly: A Qualitative Study. *J Gen Intern Med.* 2009 juillet;24(7):816-21.
35. Ministère des Solidarités et de la Santé. L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2017 [Internet]. DRESS;2017. [Consulté le 8 août 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-et-at-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
36. Framasoft. *Changer le monde, un octet à la fois* [Internet]. [Consulté le 11 février 2020]. Disponible sur: <https://framsoft.org/fr/>
37. R: The R Project for Statistical Computing [Internet]. [Consulté le 10 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.r-project.org/>
38. Guyomard H. *Etat des lieux du suivi gynécologique en médecine générale: revue de la littérature.* Thèse de médecine, Angers: Faculté de Santé Université d'Angers; 2018.
39. DRESS. *La durée des séances des médecins généralistes.* DRESS. 2006 avril;481:1-7.
40. Bousquet MA. *Concepts théoriques en médecine générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline.* Thèse de médecine, Paris: Université Paris VI; 2013.
41. Bonhomme I, Moretti C. *État des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et Haute-Savoie: une étude quantitative.* Thèse de Médecine, Grenoble: Université Grenoble Alpes; 2017.
42. Dias S. *Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France.* Thèse de Médecine, Paris: Université

Paris Diderot Paris VII; 2010.

43. Calvet L., Pradines N. État de santé et dépendance des personnes âgées en institution. DRESS. 2016 décembre;988:1-4.
44. Maladie d'Alzheimer et autres démences [Internet]. [Consulté le 11 février 2020]. Disponible sur: /maladies-et-traumatismes/maladies-neurodegeneratives/maladie-d-alzheimer-et-autres-demences
45. Qaseem A. The Development of Clinical Practice Guidelines and Guidance Statements of the American College of Physicians: Summary of Methods. Ann Intern Med. 2010 août;153(3):194.
46. Grover SR, Quinn MA. Is there any value in bimanual pelvic examination as a screening test. Med J Aust. 1995 avril 17;162(8):408-10.
47. Jacobs I, Stabile I, Bridges J, Kemsley P, Reynolds C, Grudzinskas J, et al. Multimodal approach to screening for ovarian cancer. Lancet Lond Engl. 1988 février 6;1(8580):268-71.
48. Adonakis GL, Paraskevaïdis E, Tsigas S, Seferiadis K, Lolis DE. A combined approach for the early detection of ovarian cancer in asymptomatic women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1996 avril;65(2):221-5.
49. Buys SS, Partridge E, Black A, Johnson CC, Lamerato L, Isaacs C, et al. Effect of screening on ovarian cancer mortality: the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Randomized Controlled Trial. JAMA. 2011 juin 8;305(22):2295-303.
50. Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ, Barry MJ, Davidson KW, Doubeni CA, et al. Screening for Gynecologic Conditions With Pelvic Examination: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2017 mars 7;317(9):947-53.
51. AAFP. Screening Pelvic Exam - Clinical Preventive Service Recommendation [Internet]. [Consulté le 10 août 2019]. Disponible sur: <https://www.aafp.org/patient-care/clinical-recommendations/all/screening-pelvic-e>

xam.html

52. Committee on Gynecologic Practice. Committee opinion No. 534: well-woman visit. *Obstet Gynecol.* août 2012;120(2 Pt 1):421-4.

53. ACOG. Ages 65 Years and Older: Screening [Internet]. [Consulté le 8 août 2019]. Disponible sur: <https://www.acog.org/About-ACOG/ACOG-Departments/Annual-Womens-Health-Care/Well-Woman-Recommendations/Screening-Ages-65-Years-and-Older>
54. ACOG. Statement on USPSTF Draft Recommendations on Pelvic Exams [Internet]. [Consulté le 8 août 2019]. Disponible sur: <https://www.acog.org/About-ACOG/News-Room/Statements/2016/ACOG-Statement-on-USPSTF-Draft-Recommendations-on-Pelvic-Exams?IsMobileSet=false>
55. Profil Médecin. Chiffres Clés : Gynécologue médical [Internet]. [Consulté le 2 avril 2020]. Disponible sur: <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-gynecologue-medical/>
56. Eckstrom E, Feeny DH, Walter LC, Perdue LA, Whitlock EP. Individualizing Cancer Screening in Older Adults: A Narrative Review and Framework for Future Research. *J Gen Intern Med.* 2013 Février;28(2):292-8.

ANNEXES

Annexe 1: Répartition des tâches

Le sujet de thèse a été choisi et mûri conjointement. Nous nous sommes réparties les premières recherches bibliographiques. Cécile a sélectionné des articles portant sur l'examen gynécologique de la femme âgée et ses recommandations, Manon ceux concernant la la personne âgée (état de santé, dépistage) et la méthodologie par vignettes cliniques. Les articles ont été résumés et transmis à la co-thésarde qui en a pris connaissance. La rédaction du questionnaire et des vignettes a été réalisé ensemble. Cécile a réalisée la mise en forme sur Framiform puis Manon s'est occupée de la diffusion du questionnaire. Puis l'extraction des données a été réalisée par Cécile. La sélection des résultats et leur rédaction a été faite conjointement. Chacune a rédigé les parties de rédaction se référant à ses recherches bibliographiques. Chaque partie a été relue et corrigée par la co-thésarde.

Annexe 2: Questionnaire de thèse

Abord de l'examen pelvien de dépistage chez la patiente âgée par le médecin généraliste

Vous êtes: *

- une femme
- un homme

Quelle est votre tranche d'âge? *

- Moins de 30 ans
- 30-39 ans
- 40-49 ans
- 50-59 ans
- 60 ans et plus

Avez vous-une formation complémentaire en gynécologie (Diplôme Universitaire, FMC)? *

- oui
- non

Quelle est votre pratique en gynécologie? *

- Je n'en fais pas sauf quelques urgences ne nécessitant pas d'examen
- Je réalise de temps en temps des examens gynécologiques, frottis...
- Je pratique régulièrement des frottis, pose de DIU/implants...

Avez-vous une formation complémentaire en gériatrie (DU, DESC, capacité) ? *

- oui
- non

Voici 3 cas cliniques de femmes âgées, asymptomatiques, n'ayant aucun sur-risque de cancer gynécologique. Chacune d'entre elles a bénéficié d'un suivi gynécologique n'ayant pas permis de déceler de pathologie particulière.

Madame A 75 ans présente une coronaropathie sévère avec insuffisance cardiaque. Elle est essoufflée à l'effort malgré un traitement optimal. Elle est capable de poursuivre ses activités quotidiennes seules, mais avec lenteur.

Selon vous, quelle est l'espérance de vie de Madame A? *

- Moins de 5 ans
- Entre 6 et 10 ans
- Plus de 10 ans

En supposant que Madame A ne vous en parle pas, auriez-vous envie d'aborder le sujet du dépistage par examen pelvien (sans être forcément celui ou celle qui la suit ou l'examine sur le plan gynécologique)? *

- Oui
- Non

Si oui,

- J'en parle, je le conseille et nous choisirons ensemble la stratégie qui lui convient
- J'en parle, je ne le conseille pas et nous choisirons ensemble la stratégie qui lui convient

Pourquoi?

- J'en parle, je ne saurais pas quoi conseiller et nous choisirons ensemble la stratégie qui lui convient

Si non,

- Je n'en parle pas car je ne le conseillerais pas

Pourquoi?

- Je n'en parle pas car je n'y penserais pas
- Je n'en parle pas car je ne me sens pas concerné(e) en tant que médecin généraliste
- Je n'en parle pas car je ne saurais pas quoi lui conseiller

Madame B 75 ans est hypertendue depuis 10 ans et bien contrôlée par hydrochlorothiazide. Elle n'a pas d'autres problèmes de santé. Elle pratique la marche régulièrement et voyage fréquemment avec son mari dans le sud de la France pour voir ses petits-enfants.

Selon vous, quelle est l'espérance de vie de Madame B? *

- Moins de 5 ans
- Entre 6 et 10 ans
- Plus de 10 ans

En supposant que Madame B ne vous en parle pas, auriez-vous envie d'aborder le sujet du dépistage par examen pelvien (sans être forcément celui ou celle qui la suit ou l'examine sur le plan gynécologique)? *

- Oui
- Non

Si oui,

- J'en parle, je le conseille et nous choisirons ensemble la stratégie qui lui convient
- J'en parle, je ne le conseille pas et nous choisirons ensemble la stratégie qui lui convient

Pourquoi?

- J'en parle, je ne saurais pas quoi conseiller et nous choisirons ensemble la stratégie qui lui convient

Si non,

- Je n'en parle pas car je ne le conseillerais pas

Pourquoi?

- Je n'en parle pas car je n'y penserais pas
- Je n'en parle pas car je ne me sens pas concerné(e) en tant que médecin généraliste
- Je n'en parle pas car je ne saurais pas quoi lui conseiller

Madame C 75 ans a une BPCO stade modéré et une HTA bien contrôlée. Elle présente de l'arthrose sévère des deux genoux, ce qui l'empêche de sortir faire ses courses. Elle est essoufflée après avoir monté un étage d'escalier.

Selon vous, quelle est l'espérance de vie de Madame B? *

- Moins de 5 ans
- Entre 6 et 10 ans
- Plus de 10 an

En supposant que Madame C ne vous en parle pas, auriez-vous envie d'aborder le sujet du dépistage par examen pelvien (sans être forcément celui ou celle qui la suit ou l'examine sur le plan gynécologique)? *

- Oui
- Non

Si oui,

- J'en parle, je le conseille et nous choisirons ensemble la stratégie qui lui convient
- J'en parle, je ne le conseille pas et nous choisirons ensemble la stratégie qui lui convient

Pourquoi?

- J'en parle, je ne saurais pas quoi conseiller et nous choisirons ensemble la stratégie qui lui convient

Si non,

- Je n'en parle pas car je ne le conseillerais pas

Pourquoi?

- Je n'en parle pas car je n'y penserais pas
- Je n'en parle pas car je ne me sens pas concerné(e) en tant que médecin généraliste

- Je n'en parle pas car je ne saurais pas quoi lui conseiller

Dans votre pratique quotidienne, ressentez-vous un besoin de recommandations sur l'examen pelvien de dépistage chez la personne âgée? *

- Oui
- Non

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RÉSUMÉ /ABSTRACT

Abord de l'examen pelvien de dépistage chez la patiente âgée par le médecin généraliste

Introduction: Le suivi gynécologique de routine fait partie des missions du médecin généraliste. A ce jour l'examen pelvien n'a pas prouvé son efficacité en terme de dépistage des cancers gynécologiques chez la femme asymptomatique sans sur-risque oncologique. L'objectif principal de cette étude était de déterminer si le médecin généraliste aborde l'examen pelvien en consultation avec la patiente de plus de 75 ans. L'objectif secondaire était de recueillir leurs attitudes et facteurs les influençant.

Méthode: Une étude observationnelle quantitative par vignettes cliniques a été réalisée auprès des médecins généralistes installés en Nouvelle-Aquitaine du 08/07/2019 au 13/10/2019. Les participants devaient détailler leur attitude vis à vis de l'examen pelvien de dépistage face à trois vignettes de femmes de 75 ans ayant différents états de santé. L'étude a été mise en ligne et diffusée par courriel.

Résultats: 201 médecins ont répondu, soit 603 situations cliniques. Les médecins décidaient d'aborder le sujet du dépistage avec la patiente dans 39% des situations cliniques. Les médecins l'abordaient d'autant plus qu'ils pratiquaient la gynécologie ou que l'espérance de vie de la patiente augmentait. Lorsqu'un médecin abordait le dépistage c'était majoritairement pour le conseiller et lorsqu'il ne l'abordait pas c'était parce qu'il n'y aurait pas pensé.

Conclusion: La population âgée est grandissante et hétérogène en terme d'état de santé. Le médecin généraliste devra de plus en plus adapter ses stratégies de dépistage. En l'absence de recommandations claires il devra favoriser une décision partagée avec sa patiente âgée pour la poursuite ou non de l'examen pelvien de dépistage.

Mots-clés: examen gynécologique, gériatrie, dépistage précoce du cancer, espérance de vie, médecine générale

Médecine Générale

Collège santé de l'université de Bordeaux, Département de médecine générale 146 rue Léo Saignat 33076 Bordeaux Cedex

An approach to pelvic screening in elderly patient from general practitioners

Introduction: Routine gynecological monitoring is part of the general practitioners' core duties.

Among studies, there is no evidence that the pelvic exam screening efficiently detects gynecological cancer in asymptomatic average-risk women.

This study reflects whether general practitioners actually discuss pelvic examinations when meeting with their older patients. The secondary objective is to observe their attitudes and factors influencing such attitudes.

Method: A quantitative observational study has been conducted based on data gathered from general practitioners working in Nouvelle-Aquitaine from 08/07/2019 to 13/10/2019. A survey based on three clinical vignettes representing 75 years old patients with varying health conditions was put online and sent through email to doctors.

Results: 201 general practitioners answered the survey, representing a total of 603 clinical situations. Doctors discuss pelvic examination screenings with their patients in 39% (n=235) of appointments. Doctors who are trained in gynecological procedures tend to be more likely to discuss this examination. Additionally, pelvic examination screening tends to be discussed more frequently when the patient has a high life expectancy. A doctor typically discusses pelvic screenings with their patients to coerce them into receiving an examination. When pelvic screenings are not discussed, it is usually because the doctor did not recall the procedure itself.

Conclusion: Elderly population is growing up with a huge variability of health status. The general practitioner will have to adapt his screening strategies. Knowing that there is no precise recommendations, he will have to seek for a shared decision making with his patient in order to decide to pursue or stop pelvic examination screening.

Key words: pelvic examination, geriatrics, early detection of cancer, life expectancy, general practice