



HAL
open science

Analyse quantitative de la réalisation et des difficultés inhérentes au dépistage du cancer du col de l'utérus par les jeunes médecins généralistes

Solenne Henriot

► **To cite this version:**

Solenne Henriot. Analyse quantitative de la réalisation et des difficultés inhérentes au dépistage du cancer du col de l'utérus par les jeunes médecins généralistes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03460676

HAL Id: dumas-03460676

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03460676v1>

Submitted on 1 Dec 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

SOUTENANCE À CRETEIL

UNIVERSITÉ PARIS EST CRÉTEIL

FACULTÉ DE MÉDECINE DE CRÉTEIL

ANNÉE 2020

N°

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

Discipline : Médecine Générale

Présenté(e) et soutenu(e) publiquement le :

à : CRÉTEIL (PARIS EST CRÉTEIL)

par HENRIOT Solenne

Née le à

TITRE :

Analyse quantitative de la réalisation et des difficultés inhérentes au dépistage du cancer du col de l'utérus par les jeunes médecins généralistes

DIRECTEUR DE THÈSE :

BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE :

**Dr Sandrine BERCIER
Julia BARDES**

**Signature du
Directeur de thèse**

Cachet de la bibliothèque universitaire

UNIVERSITE PARIS-EST CRETEIL.
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE
FACULTE DE MEDECINE
8, rue du Général Sarrail
94010 CRETEIL CEDEX
Tél. 01 49 81 36 07

Remerciements

Je remercie les membres du jury.

Je remercie mes deux précieuses directrices de thèse Dr Sandrine Bercier et Julia Bardes. Vous m'avez accompagnée avec bienveillance tout au long de cette aventure enrichissante. Je vous remercie pour votre aide et votre bonne humeur.

Je remercie le département de médecine générale de Créteil pour m'avoir permis de diffuser mon questionnaire de thèse. Je remercie tout particulièrement Pr Vincent Renard pour son aide et Madame Forgeas pour sa disponibilité et son efficacité.

Je remercie le CRCDC Ile-de-France pour son aide dans mon travail.

Merci aux médecins qui ont répondu à mon questionnaire.

Je remercie les services hospitaliers qui m'ont accueillie lors de mes différents stages durant mon cursus.

Je remercie également mes maîtres de stage ambulatoire lors de mon externat, qui ont su me faire découvrir la médecine générale : Dr Lepront, Dr Maury et Dr Veragen.

Je remercie tout particulièrement mes maîtres de stage ambulatoire durant l'internat qui m'ont transmis leur engouement pour la médecine générale. Dr Nitting, Dr Valicon et Dr Weiler pour leur accueil familial et chaleureux à la maison de santé de Torcy pendant une année entière. Dr Lelièvre au sein du CPEF pour sa compétence et toutes les connaissances qu'elle m'a apportées. Dr Morin au sein de la PMI pour sa bienveillance et sa pédagogie. Dr Clément pour son professionnalisme, non dénué d'humour. Et enfin, Sandrine, à nouveau, pour m'avoir suivie en stage, tout au long de mon cursus en tant que tutrice, merci pour ton humanité et ta justesse.

Merci également à mes co-internes avec qui je garderai de supers souvenirs : Lisa, Branko, Claire, Anaïs, Blandine, Typhanie, Julien, Elise, Marion C. Et les amies de la fac : Olivia, Karen, Marion M, Anne, Laura.

Je remercie mes amis du lycée (et même certains de la maternelle), à qui je peux fièrement dire que je ne serai bientôt plus étudiante : Delphine, Eve, Julia, Pierre, Fanny, Nicolas, Solène, Camille, Matthieu, René, Guillaume, Anaïs.

Un « check merci » à la team Bad : la médecine sur le terrain : Julien, Sadjad, Soline, Adeline, Guillaume.

Adeline (ou bien Liliane...) et Juliette, le trio de choc. Merci pour tout les filles, grâce à la faculté de Créteil, nous resterons amies pour la vie.

Merci à ma grand-mère, ta petite fille ne devrait pas tarder à être médecin.

Merci à Théo pour notre complicité, et ton coaching pour me motiver à travailler la thèse !
Lequel de nous deux finira ses études en premier ?

Un grand merci à ma Maman : pour ton soutien indéfectible tout au long de mes études, pour ton amour et l'éducation que tu m'as apportée. Merci de m'avoir transmis le goût du soin même si finalement tu n'en as pas fait ton métier.

Il attendait tout particulièrement sa place ici, bien méritée : un grand merci à mon Papa. Tout d'abord pour ton aide technique : les tableaux croisés dynamiques et la numérotation de pages n'ont plus de secret pour toi maintenant. Mais ne vas-tu pas t'ennuyer ? Heureusement, il reste le mémoire ! Mais surtout merci pour tout ce que tu m'as transmis depuis ma naissance et pour ton amour. « Le plus dur dans médecine, c'est pour les parents ».

Table des matières

Remerciements.....	2
Table des matières.....	4
Table des illustrations.....	6
Table des schémas.....	6
Abréviations.....	7
Introduction.....	8
I - Le cancer du col de l'utérus.....	8
A) Epidémiologie.....	8
B) Le papillomavirus humain (HPV).....	8
II - Stratégies de prévention.....	9
A) Prévention primaire : vaccination anti-HPV.....	9
B) Prévention secondaire : frottis cervico-utérin.....	10
1) Dépistage organisé.....	10
2) Modalités du dépistage.....	11
C) Place du médecin généraliste dans le dépistage du cancer du col de l'utérus.....	12
1) Etat des lieux.....	12
2) Leviers et freins des médecins généralistes pour la pratique du FCU.....	13
3) Objectif de ce travail.....	13
Matériel et méthode.....	15
I - Revue de la littérature.....	15
II - Entretiens semi-directifs.....	16
III - Création du questionnaire.....	17
IV - Diffusion du questionnaire.....	18
V - Collecte des résultats et analyse des données.....	18
VI - Aspect réglementaire.....	19
VII - Chronologie.....	20
Résultats.....	21
I - Analyse descriptive des résultats.....	21
A) Nombre de participants.....	21
B) Profil des médecins interrogés.....	22
C) Parcours des médecins interrogés.....	23
D) Freins et leviers concernant la pratique du frottis.....	24
E) Vision globale des médecins généralistes.....	29
II - Analyses univariées.....	31
A) Caractéristiques du médecin associées à la pratique du FCU.....	31
1) Pratique du FCU selon le genre du médecin.....	31
2) Pratique du FCU selon la cohorte du médecin.....	34

3) Pratique du FCU selon le type d'activité	35
B) Analyse des leviers et freins selon la pratique du FCU	37
1) Tableau récapitulatif	37
2) Médecins qui pratiquaient le FCU de façon régulière	39
3) Médecins qui pratiquaient le FCU de façon conditionnelle.....	39
4) Médecins qui conseillaient le FCU sans le faire	40
5) Médecins qui excluent le FCU de leur pratique.....	40
Discussion	42
I - Principaux résultats.....	42
II - Forces et limites de l'étude.....	43
A) Forces de l'étude	43
1) Format et thème de l'étude.....	43
2) Formulation du questionnaire	44
3) Caractéristiques de l'échantillon.....	44
4) Mode de diffusion du questionnaire.....	45
B) Limites de l'étude.....	45
1) Puissance de l'étude	45
2) Questions fermées	45
3) Place des autres acteurs du dépistage.....	45
4) Formulation du questionnaire	46
III - Comparaison avec la littérature	47
A) Difficultés et vision globale des jeunes médecins généralistes	47
B) Genre du médecin généraliste	47
C) Profils des médecins en fonction de leur pratique du FCU.....	48
IV - Perspectives	50
A) Impact sur la formation médicale continue.....	50
B) Place des institutions médicales	50
C) Impact sur la formation facultaire	51
Conclusion	52
Bibliographie.....	53
Annexes.....	55
Annexe 1 : Guide d'entretien	55
Annexe 2 : Questionnaire	57
Annexe 3 : Courriel d'invitation au questionnaire	64
Annexe 4 : Courriel de relance.....	65
Annexe 5 : Répartition des réponses selon le genre.....	66
Annexe 6 : Répartition des réponses selon la cohorte.....	68
Annexe 7 : Répartition des réponses selon le type d'activité.....	70
Soutenance à Créteil.....	72

Table des illustrations

Tableau 1 : profil des médecins interrogés.....	22
Tableau 2 : pratique du FCU selon le genre du médecin	32
Tableau 3 : difficultés techniques et communicationnelles selon le genre du médecin.....	33
Tableau 4 : évolution de la pratique du FCU selon la cohorte du médecin	35
Tableau 5 : pratique du FCU selon le type d'activité.....	36
Tableau 6 : réponses au questionnaire selon la pratique du FCU	39

Table des schémas

Schéma 1 : conduite à tenir après test HPV	12
Schéma 2 : chronologie de l'étude	20

Abréviations

ACP :	Anatomie Cyto-Pathologique
ADN :	Acide DésoxyriboNucléique
AP-HP :	Assistance Publique Hôpitaux de Paris
ARS :	Agence Régionale de Santé
CCAM :	Classification Commune des Actes Médicaux
CNIL :	Commission Nationale Informatique et Libertés
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPP :	Comité de Protection des Personnes
CPTS :	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
ECN :	Examen Classant National
FCU :	Frottis Cervico-Utérin
HPV :	Human PapillomaVirus : papillomavirus humain
HPST :	Hôpital Patient Santé Territoire
HSH :	Hommes ayant des relations Sexuelles avec des Hommes
Q :	Question
UPEC :	Université Paris-Est Créteil

Introduction

I - Le cancer du col de l'utérus

A) Epidémiologie

En France métropolitaine en 2018, on a constaté 2920 nouveaux cas de cancers du col de l'utérus et 1117 décès liés à ce cancer (20).

Il s'agit du 12^{ème} cancer en France chez la femme en termes d'incidence et du 10^{ème} en termes de mortalité. Le taux d'incidence est plus élevé dans les pays en voie de développement, ce qui en fait le 4^{ème} cancer chez la femme dans le monde en termes d'incidence (14).

En France, la tendance à la diminution d'incidence et de la mortalité de ce cancer s'est ralentie depuis les années 2000, en raison d'une stagnation du taux de couverture par frottis cervico-utérin (FCU).

Le cancer du col de l'utérus est de très bon pronostic s'il est détecté à un stade précoce. Le taux de survie à 5 ans est de 92% s'il est localisé ; de 56% si régionalisé et de 17% si métastasé. Mais le taux de survie se dégrade depuis peu, surtout pour les femmes de plus de 65 ans (24).

Grâce au dépistage par FCU, 75% des lésions du col détectées sont des lésions pré-cancéreuses, seulement 25% sont invasives.

B) Le papillomavirus humain (HPV)

Les infections à HPV sont responsables de près de 100% des cancers du col de l'utérus. Les HPV ont différents tropismes (muqueux, cutanés) et différents potentiels oncogéniques. On retient ici les HPV muqueux qui sont répartis en deux classes :

- **HPV de bas risque oncogène** : principalement **6** et **11**, responsables de lésions bénignes comme les condylomes acuminés,
- **HPV de haut risque oncogène** : principalement **16** et **18**, qui favorisent l'apparition de lésions pré-cancéreuses et cancéreuses. (14).

L'infection par l'HPV est une des infections sexuellement transmissibles les plus fréquentes. Il n'existe pas de traitement de cette infection. On distingue trois modes de transmission de cette infection :

- direct : contact cutanéomuqueux ou muqueuse à muqueuse,
- indirect : mains, linge, objets car la capsidenu du virus a une résistance dans le milieu extérieur,
- mère-enfant : lors de l'accouchement.

La diminution de sa transmission par le port de préservatifs est incomplète car ils ne recouvrent pas toute la zone contaminante.

Un des principaux facteurs de risque de primo-infection à l'HPV est la multiplicité des partenaires. Le tabagisme actif, l'existence d'autres infections génitales notamment à Chlamydia, la contraception orale au long cours et une déficience immunitaire sont des facteurs de risque d'une persistance de l'HPV.

90% des infections à l'HPV sont **spontanément résolutive**s en **2 à 3 ans (14)**.

II - Stratégies de prévention

A) Prévention primaire : vaccination anti-HPV

La vaccination anti-HPV vise à diminuer l'incidence de l'infection à l'HPV et des lésions précancéreuses. Elle n'élimine pas et ne traite pas l'infection.

Depuis août 2018 en France, il existe un vaccin nonavalent (Gardasil9®) qui contient les valences 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58. Ces 9 valences sont responsables de 90% des cancers du col de l'utérus et de 80% des lésions précancéreuses de haut grade.

Les recommandations concernant la vaccination contre l'HPV ont évolué en décembre 2019 (10). Jusquelà n'étaient concernés que les jeunes filles, les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH) et les garçons ayant des orientations homosexuelles. Elles incluent désormais la vaccination de tous les garçons quel que soit leur orientation sexuelle.

Actuellement, il est recommandé de vacciner avec le vaccin nonavalent :

- les garçons et les filles de 11 à 14 ans révolus en 2 doses : M0 et M6,
- en rattrapage, les garçons et les filles de 15 à 19 ans révolus en 3 doses : M0, M2 et M6. Au plus tard dans l'année qui suit leur premier rapport sexuel,
- les HSH jusqu'à 26 ans révolus en 3 doses : M0, M2 et M6.

La vaccination anti-HPV de tous les garçons était le principal levier cité par les médecins généralistes pour augmenter la couverture vaccinale (10). En effet, la vaccination pour tous facilite la proposition sans considération de genre ou d'orientation sexuelle et évite la

stigmatisation. Cela permet surtout de protéger les hommes, ainsi que les femmes non vaccinées.

Avec ces nouvelles recommandations, l'HAS espère voir augmenter la couverture vaccinale française anti-HPV qui est actuellement inférieure à 30%. L'objectif du Plan Cancer 2014-2019 était une couverture vaccinale de 60%.

B) Prévention secondaire : frottis cervico-utérin

1) Dépistage organisé

En France, depuis 2019, un programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus est mis en place. Il repose sur l'invitation et la relance des femmes non spontanément participantes au dépistage. Les **centres régionaux de coordination des dépistages** s'appuient sur les données transmises par l'Assurance Maladie, les laboratoires et structures ACP pour **recenser les femmes de 25 à 65 ans sans FCU connu depuis 3 ans**. Elles sont invitées par courrier à prendre rendez-vous avec le professionnel de santé de leur choix : médecin généraliste, gynécologue ou sage-femme (le prélèvement peut également être réalisé dans certains laboratoires sur présentation d'une ordonnance du médecin). Sur présentation du courrier, les frais relatifs à la lecture du FCU sont pris en charge intégralement par l'Assurance Maladie avec dispense d'avance des frais. En l'absence de FCU réalisé au bout d'un an après réception de l'invitation, les femmes sont relancées par courrier. L'ensemble des résultats de FCU sont transmis aux centres de coordination des dépistages, qui assurent le suivi des FCU anormaux, quel que soit le mode d'entrée des femmes dans le dépistage : spontané ou par invitation.

Le but est d'atteindre un taux de couverture de 80%, contre 59% actuellement en France **(20)**.

Contrairement au dépistage du cancer colorectal ou du sein, le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus **cible plus particulièrement les femmes qui ne réalisent pas le FCU**. Ainsi, la plupart des femmes continueront à rentrer dans ce dépistage de façon individuelle (spontanée).

En avril 2018, les structures départementales de gestion des dépistages ont été remplacées par des structures régionales. Ces structures ont **plusieurs rôles (17)** :

- harmonisation des programmes de dépistages : gestion administrative et financière,
- relation avec la population : information, invitations, relance, enregistrement des refus,
- relations avec les professionnels : information, formation, retour d'information,
- suivi de la population : enregistrement des résultats et courriers de suivi,

- évaluation des dépistages et assurance-qualité,
- évolution continue du dépistage : participation à des études, expérimentations.

2) Modalités du dépistage

En juillet 2019, l'HAS a modifié ses recommandations concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus (9). La recommandation ne modifie pas la population cible du dépistage : femmes de 25 à 65 ans, immunocompétentes, sans hystérectomie totale, vaccinées ou non contre l'HPV.

Pour les femmes de 25 à 30 ans, les **modalités sont maintenues** : un examen cytologique (FCU) en milieu liquide tous les 3 ans après 2 frottis normaux à un an d'intervalle.

Pour les femmes de 30 à 65 ans, les modalités évoluent. Le test HPV recherche l'ADN des HPV à haut risque. Il remplace l'examen cytologique pour ces femmes. Un test HPV est recommandé 3 ans après le dernier examen cytologique. Puis un **test HPV** est ensuite réalisé **tous les 5 ans**.

Ces changements de recommandations peuvent s'expliquer par les performances statistiques des tests.

L'examen cytologique (FCU) a une **forte spécificité** (97%) donc peu de faux-positifs mais une **sensibilité imparfaite** (52%) avec beaucoup de faux-négatifs.

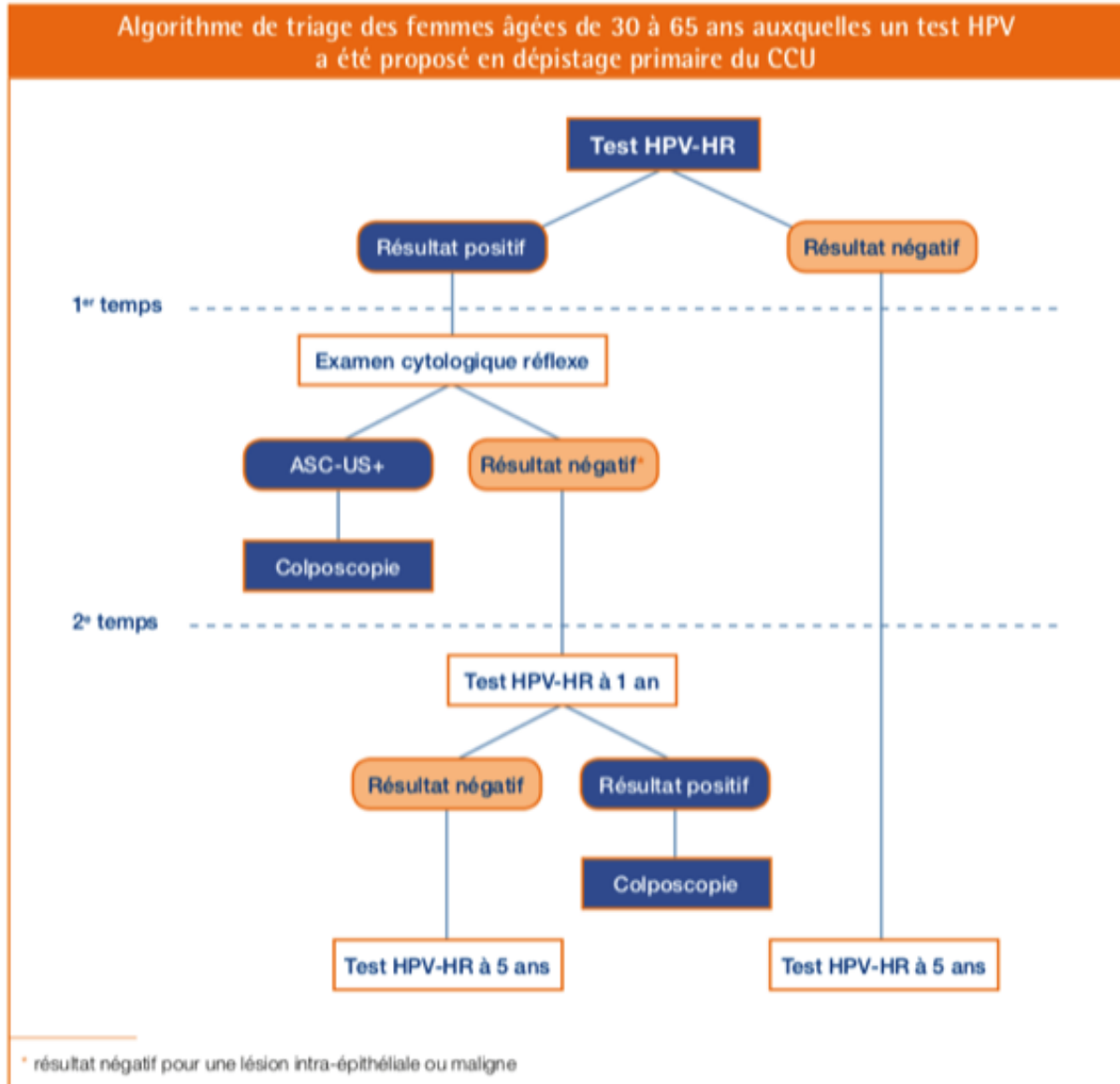
Le test HPV a une meilleure sensibilité (>90%) mais une moins bonne spécificité que le FCU.

On comprend donc que le test HPV permet d'avoir une durée de protection plus longue après un test négatif en raison du faible risque de faux-négatifs. Cependant, pour les femmes entre 25 et 30 ans, le test HPV est moins adapté. En effet, dans cette catégorie de la population, les infections à HPV sont plus fréquentes. La plus faible spécificité du test HPV entraînerait plus de faux-positifs et donc un risque de surdiagnostic et d'examen complémentaires inutiles. Cela pourrait amener à des traitements inappropriés et potentiellement dangereux concernant les éventuelles grossesses ultérieures.

Le test HPV, comme l'examen cytologique, nécessite un prélèvement cervico-utérin par un clinicien. Donc malgré les modifications des recommandations, le geste technique par prélèvement cervico-utérin reste le même. L'auto-prélèvement vaginal peut éventuellement être proposé aux femmes qui ne se font jamais dépister, mais il reste pour l'instant un mode de prélèvement exceptionnel, sujet à des expérimentations.

Le double immunomarquage (p16/Ki67) n'est pas recommandé en dépistage primaire ou après un test HPV positif.

Pour les femmes entre 30 et 65 ans avec test HPV positif, la conduite à tenir est la suivante :



Recommandations HAS - juillet 2019

Schéma 1 : conduite à tenir après test HPV

C) Place du médecin généraliste dans le dépistage du cancer du col de l'utérus

1) *Etat des lieux*

Le dépistage du cancer du col de l'utérus peut être réalisé par les médecins généralistes, les gynécologues, les sages-femmes et dans les laboratoires avec médecin biologiste. Depuis la loi HPST de 2009, le médecin généraliste a pour mission de contribuer à l'offre de soins

ambulatoire en assurant notamment pour ses patients la prévention et le dépistage. La loi concerne donc aussi le suivi gynécologique qui est confié aux médecins généralistes ainsi qu'aux sages-femmes, et non plus seulement aux gynécologues (15). La démographie actuelle des gynécologues médicaux et des gynécologues-obstétriciens tend à diminuer fortement. L'implication des autres acteurs du dépistage, notamment les médecins généralistes, sera donc un déterminant important pour prendre en charge l'ensemble de la population cible. Plusieurs études ont montré que la qualité des FCU réalisés par des médecins généralistes était aussi bonne que celle des FCU réalisés par des gynécologues (7, 11).

Or, en France, le FCU est surtout réalisé par des gynécologues. En effet en 2015, seulement 10% des FCU étaient réalisés par des médecins généralistes (12). On remarque également que les médecins généralistes sont plus nombreux à ne pas faire de frottis dans les départements où les inégalités sociales sont plus importantes (16). Dans une étude de 2016, une enquête auprès des médecins généralistes et gynécologues du Nord de l'Île-de-France a montré que 27% des médecins généralistes pratiquaient des FCU (6).

2) Leviers et freins des médecins généralistes pour la pratique du FCU

Des travaux ont été réalisés sur les freins des médecins généralistes à la réalisation du FCU. Certains travaux mentionnent les freins matériels à la réalisation du FCU (13, 23, 2) d'autres non (21). L'aspect théorique du FCU (place de la prévention, conduite à tenir devant un FCU anormal) ont parfois été rapportés mais sans être approfondis (13, 21). Néanmoins, ces études ne s'intéressent pas aux soutiens qui permettraient d'augmenter la pratique du FCU, notamment un soutien pédagogique (formations) ou un soutien matériel. Les études déjà entreprises sont le plus souvent qualitatives ou menées sur des territoires socio-démographiquement différents du Val-de-Marne. L'avantage d'une analyse quantitative est de mesurer l'importance relative des freins recensés par la littérature, d'évaluer leur significativité et d'y associer plus systématiquement un contexte donné. Par ailleurs, les travaux existants ne s'intéressent pas aux jeunes médecins dont la formation initiale comporte des enseignements sur la réalisation du FCU et dont les freins ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux des médecins plus anciens.

3) Objectif de ce travail

L'objectif de ce travail est d'évaluer les difficultés des jeunes médecins généralistes à la réalisation du FCU. Sont-elles avant tout d'ordre technique (habilité au geste), logistique

(matériel, réseau de soins), communicationnel (parler de l'intime, annonce du résultat, légitimité) ou du domaine de la compétence ?

L'hypothèse était que les freins des jeunes médecins généralistes seraient plutôt d'ordre logistique que de l'ordre des connaissances biomédicales. C'est-à-dire que ce ne serait pas tant la formation théorique qui serait en question mais plutôt la mise en pratique du FCU. En effet, depuis la loi HPST de 2009, le médecin généraliste est un acteur du suivi de la femme. La formation des jeunes médecins est donc adaptée à ces nouvelles mesures.

Axer le travail sur les jeunes médecins généralistes est un parti pris. En effet, nous avons pensé que les médecins plus âgés avaient peut-être des freins plus ancrés et moins mobiles vis-à-vis de la pratique du FCU. En ciblant les plus jeunes, l'idée est de pouvoir proposer un accompagnement adapté, en relai de la formation facultaire.

Malgré les nouvelles recommandations de juillet 2019 sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, ce travail reste pertinent. En effet, le mode de recueil demeure le même : prélèvement cervico-utérin par un professionnel. Les freins et les leviers soulevés lors du travail sont tout à fait applicables aux nouvelles recommandations.

Matériel et méthode

Le choix s'est porté sur une étude quantitative dont l'objectif était d'évaluer les difficultés des jeunes médecins généralistes à effectuer le dépistage du cancer du col de l'utérus par FCU.

Cette étude a débuté par une **revue de la littérature** recherchant les freins et les besoins des médecins généralistes concernant la réalisation du dépistage du cancer du col de l'utérus, et notamment la réalisation du FCU.

Ensuite, des **entretiens individuels semi-directifs** ont été réalisés sur la base d'un guide d'entretien afin de recueillir les objets du discours, les points de vue et pratiques actuelles et de construire un **questionnaire** au plus proche des réalités des jeunes médecins généralistes. Il s'agissait également par là de limiter les biais de subjectivité et d'imposition des propres représentations de l'auteur sur le sujet dans la construction du questionnaire.

Le questionnaire a ensuite été **diffusé** de façon électronique par la scolarité du département de médecine générale de Créteil aux internes issus du département (cohortes ECN 2009 à 2015).

Des analyses, principalement descriptives et univariées ont été réalisées sur les données issues du questionnaire a été réalisée.

I - Revue de la littérature

L'objectif de la revue de la littérature était d'identifier les freins recensés concernant les difficultés des jeunes médecins généralistes dans la pratique du FCU. La lecture de plusieurs travaux de thèse a permis d'en identifier certains, qui ont été retenus pour créer le guide d'entretien puis le questionnaire.

Des **difficultés logistiques** ont été retrouvées comme l'organisation du geste, son aspect chronophage et son manque de rentabilité (**13, 23, 21**).

On a également recensé des **difficultés liées au réseau de soins** comme des circuits de correspondants difficilement accessibles ou au contraire une offre de soins suffisante dans le domaine (**13, 23**).

On a aussi remarqué des **difficultés supposées par les médecins** touchant la relation médecin-patient comme l'absence de demande de la part des patientes, les refus, la modification potentielle de la relation médecin-patiente et les représentations, notamment culturelles, des patientes (**13, 23**).

Enfin, des **difficultés en termes de compétence et de légitimité** ont été retrouvées comme le manque de connaissances des médecins, la place de la gynécologie et de la prévention en médecine générale ambulatoire (13, 21).

II - Entretiens semi-directifs

Selon cette littérature, une grille d'entretien a été construite en y ajoutant des questions sur le **parcours** du jeune médecin dans ses stages et aussi dans sa **formation** facultaire, notamment sur l'aspect suivi de la femme.

L'impact du **lieu d'exercice**, par la pratique du médecin remplacé ou des autres confrères installés dans le cabinet, était un élément recherché lors des entretiens. **L'avis des médecins** a été recueilli sur les **modalités de dépistage** du cancer du col de l'utérus, et notamment la mise en place du dépistage organisé.

L'entretien interrogeait également les médecins sur les **éléments qui pourraient faciliter** leur réalisation du FCU.

Un guide d'entretien a été élaboré avec les deux directrices de thèse et la thésarde. Plusieurs échanges et corrections ont été nécessaires. Ce guide d'entretien est disponible en annexe.

Le guide d'entretien se composait de questions ouvertes sur le type d'activité du médecin, sa pratique du suivi de la femme, ses éventuels freins et besoins concernant cette pratique et notamment celle du dépistage du cancer du col de l'utérus. On a également recueilli l'opinion du médecin interrogé concernant le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.

Pour recruter les médecins pour ces entretiens, des courriels d'invitation ont été envoyés à de jeunes médecins par la thésarde et les directrices de thèse, notamment par réseaux de connaissances. De jeunes médecins généralistes ont également été recrutés sur les lieux de stage de la thésarde. Certains entretiens ont eu lieu par téléphone, d'autres en présentiel.

Les entretiens étaient au nombre de six. La pratique du suivi de la femme par les médecins interrogés était très variée, allant d'une forte activité de santé de la femme à quasiment aucune activité dans ce domaine.

Le nombre d'entretiens a pu être limité à six car le phénomène de saturation est arrivé rapidement et aucune nouvelle position n'a émergé par rapport aux données déjà recueillies. Certains verbatims jugés pertinents ont été repris pour former dans les items du questionnaire et confronter par-là les répondants à des opinions circulant chez les jeunes médecins

généralistes. Les données issues des entretiens ont fait l'objet d'une analyse triangulaire de type analytique avec occurrence des verbatims.

III - Création du questionnaire

Le questionnaire a été construit par la thésarde avec l'aide des deux directrices de thèse. Le questionnaire est disponible en annexe.

Il est composé de 24 questions : 23 questions fermées et 1 question ouverte.

Il comportait plusieurs sous-parties abordant les thèmes suivants :

- **profil** du médecin :
 - curriculum vitae : année de naissance, année d'ECN, sexe, lieu d'activité, type d'activité (questions 1 à 6),
 - pratique du frottis (questions 7 et 8),
- **parcours** du médecin :
 - évolution de sa pratique depuis la fin de l'internat (questions 10 et 11),
 - évaluation de son réseau de soins (questions 9 et 14),
- **freins et leviers** concernant sa pratique du frottis :
 - freins et leviers matériels (question 12),
 - freins et leviers techniques (question 13),
 - freins et leviers des connaissances biomédicales (question 15),
 - freins et leviers environnementaux (question 16),
 - freins et leviers motivationnels (question 17),
 - freins et leviers communicationnels (questions 18 et 19),
 - freins et leviers idéologiques (questions 20 et 21),
- **vision globale** des médecins généralistes sur le dépistage du cancer du col de l'utérus (questions 22 à 24).

Le questionnaire a donc été construit grâce à la revue de la littérature et à l'analyse des entretiens. La formulation des questions et des items pouvait apparaître singulière pour une étude quantitative car elle n'utilisait pas d'échelle classique, type échelle de Likert. Au contraire, certains items reprenaient directement des verbatims ou étaient proches des propos tenus lors des entretiens. Le choix de la formulation des items a été travaillé avec les directrices de thèse, dont l'une possède une formation en sciences humaines et sociales. Le but était d'avoir des formulations auxquelles les jeunes médecins pouvaient s'identifier ou

s'opposer afin d'éviter des réponses trop consensuelles. Par conséquent, les formulations pouvaient être assez directes.

Après plusieurs échanges entre la thésarde et les directrices de thèse, le questionnaire a été testé auprès de trois jeunes médecins pour recueillir leur avis sur la compréhension des items et leur faisabilité. Il a ensuite été soumis au département de médecine générale de Créteil, chargé d'assurer sa diffusion. Il a été modifié de façon minimale suite aux échanges avec le département de médecine générale.

IV - Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été hébergé sur la plateforme en ligne WEPI®, plateforme dédiée à l'hébergement de données de santé. L'anonymat des réponses était garanti grâce à cette plateforme, qui permet une invitation anonyme des participants via un lien hypertexte.

Le questionnaire en ligne a été diffusé par la scolarité du département de médecine générale de la faculté de Créteil. Un courriel d'invitation a été envoyé avec le lien du questionnaire par la scolarité du département, sans divulgation directe à la thésarde des adresses électroniques des médecins.

Le courriel a donc été envoyé aux cohortes ayant passé l'ECN de 2009 à 2014 dans un premier temps, avec une relance pour ces mêmes cohortes 15 jours après. Le troisième et dernier envoi incluait les cohortes ayant passé l'ECN de 2009 à 2015. Certaines adresses électroniques étant obsolètes, tous les étudiants n'ont pas pu recevoir le courriel. Les courriels d'invitation et de relance sont disponibles en annexe.

Les réponses au questionnaire ont été enregistrées du 05/06/2019 au 12/08/2019.

V - Collecte des résultats et analyse des données

Les réponses au questionnaire ont été hébergées de façon anonyme sur le site WEPI®. A partir de ce site, elles ont pu être exportées dans un tableau au format Excel®. Une remise en page des données a été effectuée via le logiciel Excel® afin de permettre une meilleure visibilité.

Des tableaux croisés dynamiques ont été réalisés ainsi que des tableaux synthétiques.

Une première analyse descriptive a été menée pour décrire l'échantillon, les pratiques et visions recueillies. Des tableaux croisés et analyses statistiques univariées ont ensuite été

réalisés pour préciser et mesurer la correspondance entre certaines variables (tests de Khi^2 et Fischer sur Excel® et le site en ligne biostaTGV). Lors des tests statistiques, certains items ont dû être regroupés en raison de trop faibles effectifs dans certaines catégories. Les regroupements d'items ont été réfléchis afin de maintenir une cohérence dans l'analyse des résultats.

VI - Aspect réglementaire

Ce projet de recherche n'impliquait pas la personne humaine au sens réglementaire. Il était hors du champ de la loi Jardé car il analysait des pratiques professionnelles de médecins. Il ne nécessitait donc pas d'avis du comité de protection des personnes (CCP). Nous avons sollicité la commission nationale informatique et libertés (CNIL) : dans le cadre de notre recherche nous étions dispensés de toute formalité. Notamment au niveau de la protection des données, car les adresses électroniques des médecins n'ont pas été directement communiquées à la thésarde, le questionnaire ayant été directement envoyé par la scolarité du département de médecine générale de Créteil.

VII - Chronologie

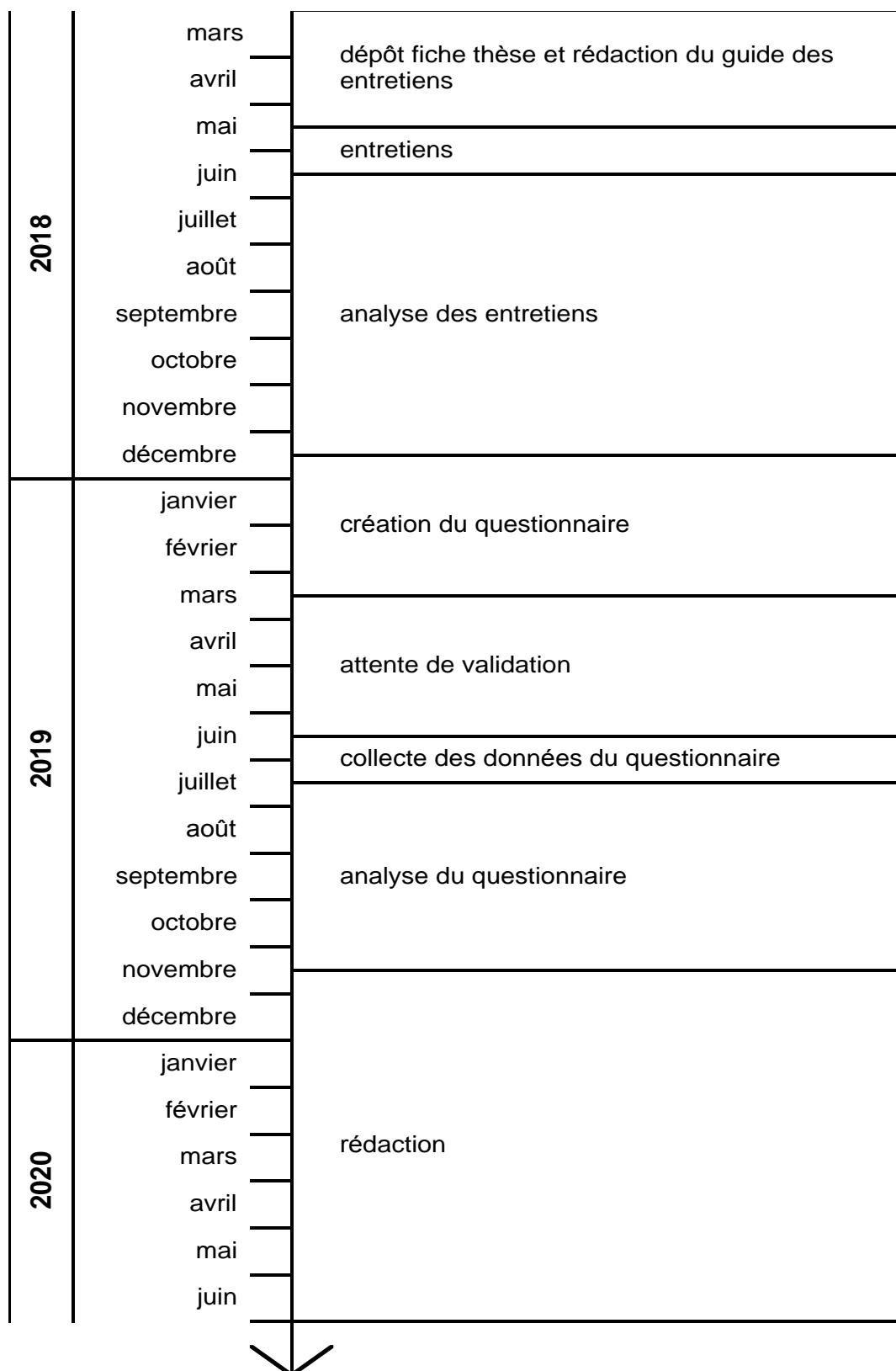


Schéma 2 : chronologie de l'étude

Résultats

I - Analyse descriptive des résultats

A) Nombre de participants

Le questionnaire a été envoyé à 369 médecins au total, correspondant aux promotions 2009 à 2015 de l'ECN ayant effectué leur internat à l'UPEC. Quelques adresses étant invalides, tous les médecins n'ont pas pu être contactés. 104 médecins ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 28%. L'analyse de la partie principale des résultats s'est faite sur la base de 91 réponses. Car 13 des médecins sur les 104 ayant une activité hospitalière exclusive, ils ont été interrogés uniquement sur 4 questions et ont été exclus de la suite du questionnaire.

B) Profil des médecins interrogés

Âge moyen	33 ans
Cohortes	57% 2009-2012 43% 2013-2015
Sexe	70% de femmes 30% d'hommes
Activité	29% installés 37% remplaçants réguliers 7% remplaçants occasionnels 12% collaborateurs 4% activité mixte 13% activité hospitalière exclusive
Lieu d'exercice	51% Paris intra-muros et Petite Couronne 36% Grande Couronne 13% autres
Type d'activité	91% soins programmés majoritaires 9% soins non programmés majoritaires
Pratique du frottis	34% fréquemment 23% si demande des patientes et matériel à disposition 25% conseillent et orientent 18% n'en parlent pas
Proportion de patientes à jour du frottis selon les médecins interrogés	66% à jour 23% non à jour 11% ne savent pas

Tableau 1 : profil des médecins interrogés

C) Parcours des médecins interrogés

PRATIQUE DU FROTTIS DEPUIS LA FIN DE L'INTERNAT

Question 10 : Pour vos premiers remplacements à l'issue de votre internat, étiez-vous à l'aise avec le frottis ?

- 21% étaient à l'aise et ont choisi les cabinets pour en faire.
- 42% étaient à l'aise et ont pris ce qui venait comme remplacements.
- 8,5% n'étaient pas à l'aise et ont choisi des cabinets où on le pratiquait pour pouvoir s'exercer.
- 8,5% n'étaient pas à l'aise et ont choisi des cabinets de ne pas y être confrontés.
- 20% n'étaient pas à l'aise et ont pris ce qui venait comme remplacements.

La pratique ou non du suivi de la femme a été un critère de sélection des premiers remplacements chez 38% des médecins interrogés.

63% se déclaraient à l'aise avec le FCU à l'issue de l'internat. 37% déclaraient ne pas l'être.

Question 11 : Actuellement, quelle proposition se rapproche le plus de votre pratique du frottis ?

- 7% ont du s'imposer pour en faire.
- 48% le font car ça se fait dans le cabinet. Et c'est appréciable.
- 4% le font car ça se fait dans le cabinet. Mais ce n'est pas captivant.
- 12% ne le font pas et orientent vers les confrères du cabinet.
- 22% ne le font pas et orientent vers le gynécologue.
- 7% ne le font pas, mais pensent qu'il y a beaucoup de demandes des patientes.

59% des médecins interrogés pratiquaient le FCU. Le fait que cette pratique ait déjà cours dans le cabinet était déterminant pour leur pratique du FCU.

ÉVALUATION DU RÉSEAU DE SOINS

Question 9 : Actuellement, considérez-vous que la densité de gynécologues autour du cabinet où vous exercez soit suffisante pour mener à bien le suivi de santé des femmes ?

- 18% pensent qu'elle est suffisante.
- 82% pensent qu'elle n'est pas suffisante.

Question 14 : La densité de gynécologues autour de votre cabinet actuel influe-t-elle sur votre pratique du frottis ?

- 44% le pensent.
- 56% ne le pensent pas.

La quasi-totalité des médecins interrogés considérait qu'il n'y avait pas assez d'offre de soins en gynécologie mais cela n'influençait pas leur pratique dans 56% des cas.

D) Freins et leviers concernant la pratique du frottis

MATÉRIELS

Question 12 : Disposez-vous du matériel nécessaire à la réalisation du frottis (pot de liquide, brosse, fiche de renseignements, table gynécologique) ?

- 56% sont dans un cabinet déjà équipé.
- 9% ont le matériel mais se le sont procuré eux-mêmes.
- 15% ne l'ont pas mais aimeraient savoir comment se le procurer.
- 17% n'ont pas le matériel.
- 3% ne savent pas s'ils ont le matériel.

Plus de la moitié des médecins déclarait bénéficier d'un cabinet déjà équipé.

Pour 15% des médecins interrogés, les aider à se procurer le matériel nécessaire au FCU serait un levier pour leur pratique.

TECHNIQUES

Question 13 : La réalisation du frottis chez certaines patientes peut se révéler plus délicate que chez d'autres (patiente obèse, ménopausée ou souffrant de vaginisme). Est-ce un écueil pour proposer le frottis à ces patientes-là ?

- 45% n'ont pas de problème car s'ils n'y arrivent pas pour le geste, ils peuvent passer la main.
- 42% n'ont pas de problème mais aimeraient connaître des techniques pour les aider.
- 8% n'ont pas de problème mais vérifient peut-être moins pour ces patientes-là.
- 5% ont un problème et ne proposent plus à personne.

Peu de médecins interrogés (5%) déclaraient d'emblée une difficulté absolue. Cependant, 42% aimeraient être aidés. Le reste semblait avoir trouvé une solution (passer la main, évitement).

CONNAISSANCES BIOMÉDICALES

Question 15 : Actuellement, êtes-vous à l'aise avec l'interprétation d'un frottis anormal ou ASC-US ?

- 33% sont à l'aise et ont les connaissances.
- 53% sont plus ou moins à l'aise, mais ont les outils pour y arriver.
- 11% ne sont pas très à l'aise et ont besoin de se former.
- 3% ont des connaissances insuffisantes.

La quasi-totalité se disait à l'aise avec ses connaissances théoriques et/ou avait accès aux ressources utiles.

ENVIRONNEMENTAUX

Question 16 : En cas de frottis anormal, est-il facile pour vous d'adresser une patiente à un gynécologue pratiquant la colposcopie ?

- 69% trouvent cela facile.
- 13% trouvent cela difficile mais cela est rare d'avoir un frottis anormal.
- 18% trouvent cela difficile.

En cas de FCU anormal, 31% des médecins interrogés déclaraient ne pas avoir accès au réseau de soins secondaire (colposcopie).

MOTIVATIONNELS

Question 17 : Finalement, quelle proposition se rapproche le plus de votre pratique actuelle du frottis ?

- 30% sont à l'aise. Ont une grosse activité de santé de la femme.
- 45% trouvent que ce n'est pas compliqué. Mais n'en font pas assez.
- 8% savent le faire mais cela ne les intéressent pas. Ils en font de moins en moins.
- 14% abordent le sujet mais préfèrent passer la main pour le geste.
- 3% évitent d'aborder le sujet. Le suivi gynécologique ne les passionnent pas, ils évitent d'en faire.

Dans l'absolu, les jeunes médecins interrogés étaient intéressés par le suivi gynécologique. Seuls 11% exprimaient un manque de motivation sur le sujet.

COMMUNICATIONNELS

Question 18 : La communication avec les patientes concernant le suivi de santé des femmes peut se révéler parfois délicate. Et vous personnellement, comment vous sentez-vous ?

- 88% n'ont aucune difficulté insurmontable.
- 4% ont une difficulté relationnelle pour parler de l'intime.
- 8% ont une difficulté de légitimité. Les patientes ne sont pas « éduquées » au fait qu'un médecin généraliste puisse faire le suivi gynécologique.
- 0% ont un réel blocage personnel qui les empêche d'aborder le sujet.

Question 19 : concernant les techniques communicationnelles pendant la consultation, quelles sont les étapes qui vous mettent en difficulté ? Choix multiple

- 13 % dans la préparation du geste (déshabillage, préparation du matériel).
- 7% pendant le geste : expliquer, rassurer.
- 27% dans l'annonce du résultat (mauvaise nouvelle potentielle).
- 19% pour parler de sexualité.
- 34% aucune difficulté.

Pour la plupart des médecins interrogés, on ne relevait pas de frein communicationnel dans l'absolu. Cependant, en explorant les différents aspects communicationnels de la consultation, on retrouvait pour 2/3 des médecins des difficultés dans de nombreuses situations.

E) Vision globale des médecins généralistes

IDEOLOGIQUES

Question 20 : Depuis la loi HPST de 2009, le médecin généraliste doit assurer la prévention et le dépistage pour les patients. En imaginant un système de soins qui s'affranchirait de cette loi, quelle est votre opinion sur le médecin généraliste et la pratique du suivi de la femme ?

- 70% pensent que tout médecin généraliste est à même de pratiquer le suivi de la femme.
- 25% pensent que les jeunes médecins généralistes doivent s'adapter à la demande forte en ce domaine.
- 3% pensent que ce n'est pas le rôle d'un médecin de famille de pratiquer ce suivi, au-delà de l'aspect généraliste ou non.
- 2% pensent que ce n'est pas le rôle du médecin généraliste car il n'a pas les qualités d'expertise du spécialiste pour cela.

Question 21 : Et du point de vue des patientes, quel reste, selon vous, le principal écueil à la réalisation du frottis par le médecin généraliste ?

- 11% pensent à l'aspect médecin de famille, qui suit aussi le partenaire.
- 27% pensent à l'aspect médecin de famille, qui connaît la patiente depuis son enfance.
- 14% pensent à l'inexpérience du médecin généraliste dans le domaine.
- 22% pensent au sexe masculin.
- 1% pensent au sexe féminin.
- 7% pensent qu'il n'y a aucun écueil.
- 18% ne savent pas.

La quasi-totalité des médecins se sentait impliquée dans le suivi de la femme (70% de manière absolue, 25% en lien avec le contexte démographique actuel). Les freins de légitimité des médecins interrogés étaient d'avantage perçus sous le regard de la patiente. En effet, seuls 7% pensaient que les patientes n'avaient aucun écueil au suivi par le médecin généraliste. Les principaux écueils supposés étaient le rôle de médecin de famille puis le genre masculin associé au médecin généraliste.

CONCERNANT LE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Question 22 : le dépistage du cancer du col de l'utérus en France consiste en la réalisation chez les femmes de 25 à 65 ans d'un frottis tous les 3 ans, après 2 frottis normaux à un an d'intervalle. Etes-vous en accord avec cette politique de santé publique ? Choix multiple (*NB : le questionnaire datant de mai 2019, il a été rédigé avant la mise à jour des recommandations en juillet 2019*).

- 2% ne sont pas en accord car pensent qu'il y a d'autres enjeux plus importants en santé publique.
- 17% pensent qu'il faudrait plutôt insister sur la vaccination anti-HPV que sur le frottis.
- 16% pensent que d'autres tests comme le test HPV semblent plus pertinents.
- 66% sont d'accord et pensent que le frottis est un test adéquat.

Deux-tiers des médecins interrogés semblaient adhérer à la politique de santé publique privilégiant la pratique du FCU.

Question 23 : un dépistage organisé va venir renforcer le dépistage individuel. Il consiste, entre autres choses, à envoyer des invitations aux femmes non à jour de leur frottis. Cela pourrait-il avoir un impact sur la part de vos patientes à jour de leur frottis ? Choix multiple.

- 9% ne le pensent pas car ils pratiquent déjà de façon suffisante le frottis.
- 68% le pensent car les patientes seront plus impliquées.
- 11% le pensent car ils se sentiront obligés de participer.
- 2% ne le pensent pas car ils ne savent pas d'où viennent ces décisions.
- 10% le pensent mais devront encore respecter des objectifs.

Pour la plupart des médecins, c'était surtout l'implication des patientes qui serait majorée avec la mise en place du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.

Question 24 : selon vous, quelles mesures amélioreraient la lutte contre le cancer du col de l'utérus ? (Question ouverte non obligatoire)

- 30% : vaccination anti-HPV
- 23% : information de masse aux patientes
- 12% : formation des médecins
- 11% : promotion du dépistage par les médecins généralistes

- 8% : modalités du dépistage (gratuité...)
- 6% : implication des sages-femmes
- 6% : implication des laboratoires
- 3% : cotation de l'acte
- 1% : autoprélèvement

Selon les médecins généralistes interrogés, les principales mesures qui permettraient d'améliorer la lutte contre le cancer de l'utérus seraient la vaccination anti-HPV et l'information de masse aux patientes.

Au total, les médecins interrogés semblaient plutôt à l'aise avec leurs connaissances biomédicales concernant le FCU et savaient au besoin où trouver les connaissances.

88% déclaraient n'avoir aucune difficulté communicationnelle vis-à-vis du suivi de la femme mais seulement 34% le confirmaient lors d'une question plus pratique.

95% des médecins interrogés pensaient qu'effectuer le suivi de la femme faisait partie des missions de tout médecin généraliste alors que 57% d'entre eux faisaient les FCU.

L'adressage pour une colposcopie n'était pas difficile pour la majorité des médecins.

La majorité pensait que le frottis est un test adéquat et qu'un dépistage organisé aurait surtout un impact sur la demande des patientes.

II - Analyses univariées

Dans ce paragraphe, les réponses des médecins étaient étudiées en relation avec d'autres variables. Les résultats qui semblaient pertinents sont rapportés ici. Les tableaux sont présentés sous forme de pourcentages en colonne. Dans certains cas, des items du questionnaire ont été regroupés afin d'avoir des effectifs plus importants pour les tests statistiques.

Les tableaux synthétiques des résultats sont disponibles en annexe.

A) Caractéristiques du médecin associées à la pratique du FCU

1) Pratique du FCU selon le genre du médecin

C'est dans cette catégorie qu'apparaissent les résultats statistiquement les plus significatifs.

Le tableau 2 illustre la pratique du FCU selon le genre du médecin. **70% des femmes pratiquaient le FCU contre 36% des hommes.** Cette **différence** était **significative** selon un seuil de significativité inférieur à 0,01.

On retrouvait cette différence dans la question 17 à un seuil de significativité inférieur à 0,05.

	Femmes	Hommes	Total	test de significativité
Question n° 7 : Au cours des six derniers mois, avez-vous effectué des frottis ?				p = 0,05
Oui. Fréquemment dans la population cible.	40%	21%	34%	
Oui. En cas de demande et si tout est à disposition. ♦	25%	18%	23%	
Non. Je n'ai pas fait le geste mais je l'ai conseillé.	24%	29%	25%	
Non. Cela ne fait pas partie de ma pratique.	11%	32%	18%	
Total	100%	100%	100%	
Question n° 11 : Actuellement, quelle proposition se rapproche le plus de votre pratique du frottis ?				p = 0,002**
Je le fais. ♦	70%	36%	59%	
Je ne le fais pas. ♦	30%	64%	41%	
Total	100%	100%	100%	
Question n° 17 : Finally, quelle proposition se rapproche le plus de votre pratique actuelle du frottis ?				p = 0,02*
Je suis à l'aise. J'ai une grosse activité de santé de la femme.	38%	11%	30%	
Je sais faire. Mais je n'en fais pas assez. ♦	49%	61%	53%	
Je ne pratique pas le FCU. ♦	13%	28%	17%	
Total	100%	100%	100%	

Tableau 2 : pratique du FCU selon le genre du médecin

Pour ce tableau et les suivants :

- les résultats sont présentés sous forme de pourcentages, mais les tests statistiques ont été effectués à partir des valeurs absolues,
- tous les tests de significativité effectués sont des tests du Khi2 sauf le test de Fisher mentionné dans le tableau 3,
- test du Khi2, seuils de significativité : * < 0,05 ; ** < 0,01 ; *** < 0,001,
- ♦ regroupement d'items.

Le tableau 3 illustre les difficultés techniques et communicationnelles selon le genre du médecin.

Concernant les **difficultés techniques** du FCU (notamment pour certaines patientes, cf. question 13), les **femmes médecins paraissent plus assurées** en considérant pouvoir passer la main en cas de difficulté, bien que les différences entre genres n'étaient pas ici statistiquement significatives.

Concernant l'aspect **communicationnel**, **plus de femmes déclaraient n'avoir aucune difficulté insurmontable** (97% contre 68% pour les hommes). Cette **différence** était statistiquement **significative**, avec un seuil de significativité inférieur à 0,001. Cette différence a été retrouvée en regroupant des items de la question 18.

En étudiant de façon détaillée les items de la question 18, on remarquait également que **seuls des hommes** (25%) éprouvaient des **difficultés de légitimité** contre aucune femme.

	Femmes	Hommes	Total	test de significativité
Question n° 13 : La difficulté technique du frottis est-elle un écueil pour le proposer (obésité, ménopause, vaginisme) ?				p = 0,24
Non. Je peux toujours passer la main.	49%	36%	45%	
Non. Mais j'aimerais connaître des techniques.	41%	43%	42%	
Parfois et cela diminue ma pratique. ♦	10%	21%	13%	
Total	100%	100%	100%	
Question n° 18 : Comment vous sentez-vous dans la communication avec les patientes ?				p = 0,0003*** (Fisher)
Je n'ai aucune difficulté insurmontable.	97%	68%	88%	
J'ai une difficulté communicationnelle. ♦	3%	32%	12%	
Total	100%	100%	100%	

Tableau 3 : difficultés techniques et communicationnelles selon le genre du médecin

En étudiant les réponses aux autres questions, **plusieurs tendances** appuyant une **différence de pratique du FCU selon le genre** du médecin étaient apparues :

- à l'issue de leur internat 68% des femmes étaient à l'aise avec le FCU contre 50% des hommes, $p = 0,09$ (Q10),
- la faible densité de gynécologues influait plus sur la pratique des femmes (48%) que celle des hommes (36%), $p = 0,29$ (Q14),
- les hommes étaient plus nombreux (43% d'hommes versus 27% de femmes) à déclarer ne pas avoir de cabinet équipé en matériel, $p = 0,09$ (Q12),

Par ailleurs, on notait des **réponses relativement similaires quel que soit le genre** du médecin pour certaines thématiques :

- à propos des représentations des répondants au sujet de leur profession, les réponses étaient similaires entre les genres, la quasi-totalité déclarant que la pratique du FCU faisait partie des missions du médecin généraliste (Q20),
- hommes et femmes avaient la même facilité ou non à adresser une patiente pour une colposcopie (Q16),
- sur la conduite à tenir en cas de FCU anormal, les réponses des hommes et des femmes étaient similaires au sujet de leurs connaissances biomédicales. La majorité était plus ou moins à l'aise et/ou avait accès aux ressources utiles (Q15).

2) Pratique du FCU selon la cohorte du médecin

Afin d'obtenir des effectifs comparables, les médecins ont été répartis en deux catégories :

- cohorte années d'ECN 2009 à 2012 : 51 médecins,
- cohorte années d'ECN 2013 à 2015 : 40 médecins.

Dans le tableau 4, on analysait l'évolution de la pratique du FCU selon la cohorte du médecin. **Les médecins issus des cohortes 2013-2015 étaient plus à l'aise avec le FCU à l'issue de leur internat que ceux issus des cohortes 2009-2012 (78% contre 51%). Cette différence était statistiquement significative** au seuil de 0,01, $p = 0,09$.

Les réponses des médecins des différentes cohortes ont ensuite été comparées avec leur pratique actuelle du FCU : **aucune différence statistiquement significative** (à un seuil de significativité $p < 0,05$) n'a été retrouvée.

Les autres comparaisons entre les cohortes et la pratique actuelle du FCU (questions 7 et 11) n'apportaient pas non plus de différence significative, et ce même si on essayait de regrouper certains items.

Question n° 10 : Pour vos premiers remplacements à l'issue de votre internat, étiez-vous à l'aise avec le frottis ?				p = 0,009**
	2009-2012	2013-2015	Total	
Oui. ♦	51%	78%	62%	
Non. ♦	49%	22%	38%	
Total	100%	100%	100%	
Question n° 17 : Finalement, quelle proposition se rapproche le plus de votre pratique actuelle du frottis ?				p = 0,69
	2009-2012	2013-2015	Total	
Je suis à l'aise. J'ai une grosse activité de santé de la femme.	29%	30%	30%	
Je sais le faire. Mais je n'en fais pas assez. ♦	51%	55%	53%	
Je ne pratique pas le frottis. ♦	20%	15%	17%	
Total	100%	100%	100%	

Tableau 4 : évolution de la pratique du FCU selon la cohorte du médecin

En étudiant les réponses aux autres questions, **plusieurs tendances** appuyant une **différence de pratique du FCU selon la cohorte** du médecin étaient apparues :

- les médecins des cohortes 2013-2015 semblaient plus nombreux (76%) à disposer d'un cabinet déjà équipé versus 59% des 2009-2012, $p = 0,19$ (Q12),
- les médecins des cohortes 2013-2015 étaient plus à l'aise (92%) avec leurs connaissances biomédicales que les 2009-2012 (84%), $p = 0,34$ (Q15),
- la difficulté technique du FCU chez certaines patientes limitait sa pratique chez 18% des 2009-2012 contre 5% des 2013-2015, $p = 0,14$ (Q13).

Par ailleurs, on notait des **réponses relativement similaires quel que soit la cohorte** du médecin pour certaines thématiques :

- la densité de gynécologues influait de façon égale entre les cohortes sur leur pratique du FCU (Q14),
- les réponses étaient similaires dans le domaine des difficultés communicationnelles dans l'absolu (Q18),
- les opinions sur le dépistage du cancer du col de l'utérus étaient relativement similaires entre les cohortes (Q22 et Q23).

3) Pratique du FCU selon le type d'activité

Dans ce paragraphe, nous avons comparé les réponses selon le type d'activité du médecin. Les médecins installés associés aux collaborateurs ont été comparés aux remplaçants (réguliers et occasionnels).

Le tableau 5 illustre la pratique du FCU selon le type d'activité du médecin. Les **installés et collaborateurs** semblaient **pratiquer plus souvent le FCU quelque soit les circonstances** (45% contre 27% des remplaçants). Les **remplaçants semblaient le pratiquer plus de façon conditionnée** (29% versus 14% des installés et collaborateurs). Mais cette **différence n'était pas statistiquement significative** à un seuil de significativité de 0,05.

L'étude des autres réponses (questions 11 et 17) ne montrait pas différence significative de pratique entre les médecins installés et collaborateurs et les remplaçants.

Question n° 7 : Au cours des six derniers mois, avez-vous effectué des frottis ?				p = 0,09
	Installés et collaborateurs	Remplaçants	Total	
Oui. Fréquemment dans la population cible.	45%	27%	34%	
Oui. En cas de demande et si tout est à disposition.♦	14%	29%	23%	
Non. Je n'ai pas fait le geste mais je l'ai conseillé.	19%	31%	25%	
Non. Cela ne fait pas partie de ma pratique.	22%	13%	18%	
Total	100%	100%	100%	

Tableau 5 : pratique du FCU selon le type d'activité

En étudiant les réponses aux autres questions, **plusieurs tendances** appuyant une **différence de pratique du FCU selon le type d'activité** du médecin étaient apparues :

- à l'issue de leur internat, seulement 52% des médecins installés et collaborateurs se disaient à l'aise avec le FCU contre 71% des remplaçants, $p = 0,07$ (Q10),
- la faible densité de gynécologues influençait la pratique de 45% des installés et collaborateurs versus 40% des remplaçants réguliers, $p = 0,62$ (Q14),
- les médecins installés adressaient plus facilement pour une colposcopie (83%) que les remplaçants réguliers (63%), $p = 0,06$ (Q16),
- les médecins remplaçants étaient plus sûrs de leurs connaissances sur la conduite à tenir en cas de FCU anormal (91%) que les installés et collaborateurs (83%), $p = 0,27$ (Q15).

Par ailleurs, on notait des **réponses relativement similaires quel que soit le type d'activité** du médecin pour certaines thématiques :

- les réponses sur les difficultés communicationnelles avec les patientes dans l'absolu étaient similaires entre les installés et les remplaçants réguliers (Q18),
- installés et remplaçants réguliers avaient globalement la même vision de leur profession, estimant majoritairement que le suivi de la femme faisait partie des missions du médecin généraliste (Q20).

B) Analyse des leviers et freins selon la pratique du FCU

1) Tableau récapitulatif

		TOTAL	Pratique ++	Pratique +/-	Conseille	Hors activité
Q3	Quel est votre sexe ?					
Q3-1	Masculin	30%	20%	24%	31%	41%
Q3-2	Feminin	70%	80%	76%	69%	59%
Q4	Quel est votre type d'activité ?					
Q4-1	Installé en médecine générale	29%	36%	12%	11%	21%
Q4-2	Remplaçant régulier en médecine générale	37%	27%	29%	31%	17%
Q4-3	Remplaçant occasionnel en médecine générale	7%	0%	9%	8%	3%
Q4-4	Collaborateur d'un médecin généraliste	12%	7%	6%	11%	10%
Q4-5	Activité mixte : médecine générale et hospitalière	4%	0%	6%	3%	3%
Q4-6	Activité hospitalière exclusive	13%	30%	38%	36%	45%
Q6	Au cours des six derniers mois, quelle a été votre activité principale ?					
Q6-1	Majorité de soins programmés et quelques soins non programmés au cabinet.	91%	97%	86%	96%	81%
Q6-2	Majorité de soins non programmés (gardes ; sans RDV).	9%	3%	14%	4%	19%
Q7	Au cours des six derniers mois, avez-vous effectué des frottis ?					
Q7-1	Oui. Fréquemment dans la population cible.	34%	100%	0%	0%	0%
Q7-2	Oui. Mais plutôt à la demande des patientes ou en cas de consultation dédiée.	16%	0%	71%	0%	0%
Q7-3	Oui. Mais seulement dans des cabinets où tout est à disposition.	7%	0%	29%	0%	0%
Q7-4	Non. Je n'ai pas fait le geste mais je l'ai conseillé.	25%	0%	0%	100%	0%
Q7-5	Non. Cela ne fait pas partie de ma pratique.	18%	0%	0%	0%	100%
Q8	Pensez-vous que les patientes que vous suivez sont globalement à jour de leur frottis ?					
Q8-1	Oui, à jour.	66%	77%	62%	61%	56%
Q8-2	Non, pas à jour.	23%	19%	29%	22%	25%
Q8-3	Ne sait pas	11%	3%	10%	17%	19%
Q9	Actuellement, considérez-vous que la densité de gynécologues autour du cabinet où vous exercez soit suffisante pour mener à bien le suivi de santé des femmes ?					
Q9-1	Oui, suffisamment de gynécologues.	18%	29%	10%	17%	6%
Q9-2	Non, pas suffisamment de gynécologues.	82%	71%	90%	83%	94%
Q10	Pour vos premiers remplacements à l'issue de votre internat, étiez-vous à l'aise avec le frottis ?					
Q10-1	Oui. Et j'ai choisi les cabinets pour en faire.	21%	42%	29%	0%	0%
Q10-2	Oui. Mais j'ai pris ce qui venait comme remplacements.	42%	39%	48%	57%	19%
Q10-3	Non. Mais j'ai choisi des cabinets où on le pratiquait pour pouvoir m'exercer.	9%	10%	14%	4%	6%
Q10-4	Non. Et j'ai choisi des cabinets où l'on ne le pratiquait pas ; pour ne pas y être confronté.	9%	0%	5%	13%	25%
Q10-5	Non. Et j'ai pris ce qui venait comme remplacements.	20%	10%	5%	26%	50%
Q11	Actuellement, quelle proposition se rapproche le plus de votre pratique du frottis ?					
Q11-1	Je le fais mais j'ai dû m'imposer.	7%	10%	10%	4%	0%
Q11-2	Je le fais car ça se fait dans le cabinet. Et c'est appréciable.	48%	81%	81%	4%	6%
Q11-3	Je le fais car ça se fait dans le cabinet. Mais ce n'est pas captivant.	4%	10%	5%	0%	0%
Q11-4	Je ne le fais pas. J'oriente vers mes confrères du cabinet.	12%	0%	0%	26%	31%
Q11-5	Je ne le fais pas. J'oriente vers le gynécologue.	22%	0%	5%	52%	44%
Q11-6	Je ne le fais pas. Mais il y a beaucoup de demandes des patientes.	7%	0%	0%	13%	19%
Q12	Disposez-vous du matériel nécessaire à la réalisation du frottis (pot de liquide, brosette, fiche de renseignements, table gynécologique) ?					
Q12-1	Oui. Le cabinet était déjà équipé.	56%	77%	81%	26%	25%
Q12-2	Oui. Mais c'est moi qui me le suis procuré.	9%	19%	10%	0%	0%
Q12-3	Non. Mais cela m'intéresse de savoir comment me le procurer.	15%	3%	5%	35%	25%
Q12-4	Non.	16%	0%	0%	39%	38%
Q12-5	Je ne sais pas.	3%	0%	5%	0%	13%
Q13	Est-ce un écueil pour proposer le frottis à ces patientes-là ?					
Q13-1	Non. Si je n'y arrive pas pour le geste ; je peux toujours passer la main.	45%	58%	33%	39%	44%
Q13-2	Non. Mais j'aimerais connaître des techniques pour m'aider à faire le geste chez ces patientes-là.	42%	39%	52%	52%	19%
Q13-3	Non. Mais peut-être qu'en fait je vérifie moins pour ces patientes-là.	8%	3%	10%	4%	19%
Q13-4	Oui. D'ailleurs je ne propose plus à personne.	5%	0%	5%	4%	19%
Q14	La densité de gynécologues autour de votre cabinet actuel influe-t-elle sur votre pratique du frottis ?					
Q14-1	Oui, la densité de gynécologues influe.	44%	52%	57%	30%	31%
Q14-2	Non, la densité de gynécologues n'influe pas.	56%	48%	43%	70%	69%

	TOTAL	Pratique ++	Pratique +/-	Conseille	Hors activité
Q15 Actuellement, êtes-vous à l'aise avec l'interprétation d'un frottis anormal ou ASC-US ?					
Q15-1 Oui. J'ai les connaissances.	33%	58%	19%	26%	13%
Q15-2 Plus ou moins. Mais j'ai les outils pour y arriver.	53%	35%	67%	48%	75%
Q15-3 Je ne suis pas très à l'aise. J'aurais besoin de me former.	11%	6%	14%	13%	13%
Q15-4 Je suis mal à l'aise. Mes connaissances sont insuffisantes.	3%	0%	0%	13%	0%
Q16 En cas de frottis anormal, est-il facile pour vous d'adresser une patiente à un gynécologue pratiquant la colposcopie ?					
Q16-1 Oui. Je peux adresser facilement pour une colposcopie.	69%	77%	67%	61%	69%
Q16-2 Non. Mais ce n'est pas un problème car c'est rare d'avoir un frottis anormal.	13%	13%	29%	9%	0%
Q16-3 Non. Et c'est un problème.	18%	10%	5%	30%	31%
Q17 Finalement, quelle proposition se rapproche le plus de votre pratique actuelle du frottis ?					
Q17-1 Je suis à l'aise. J'ai une grosse activité de santé de la femme.	30%	74%	14%	4%	0%
Q17-2 Ce n'est pas compliqué. Mais je n'en fais pas assez.	45%	26%	76%	57%	25%
Q17-3 Je sais le faire mais ça ne m'intéresse pas. J'en fais de moins en moins.	8%	0%	5%	4%	31%
Q17-4 Ce n'est pas toujours évident de trouver le col. J'aborde le sujet mais je préfère passer la main pour le geste.	14%	0%	5%	30%	31%
Q17-5 Le suivi de la femme ne me passionne pas. J'évite d'aborder le sujet.	3%	0%	0%	4%	13%
Q18 Et vous personnellement, comment vous sentez-vous ?					
Q18-1 Je n'ai aucune difficulté insurmontable.	88%	90%	86%	91%	81%
Q18-2 J'ai une difficulté personnelle pour parler de l'intime.	4%	3%	10%	0%	6%
Q18-3 J'ai une difficulté de légitimité.	8%	6%	5%	9%	13%
Q18-4 J'ai un réel blocage personnel.	0%	0%	0%	0%	0%
Q19 Concernant les techniques communicationnelles pendant la consultation, quelles sont les étapes qui vous mettent en difficulté ? Choix multiple					
Q19-1 Préparer le geste (déshabillage ; préparation du matériel).	13%	6%	18%	7%	30%
Q19-2 Accompagner la patiente pendant le geste : expliquer ; rassurer.	7%	0%	11%	10%	10%
Q19-3 Annoncer le résultat et potentiellement une mauvaise nouvelle.	27%	31%	32%	31%	10%
Q19-4 Parler de sexualité (relation au(x) partenaire(s)).	19%	22%	18%	21%	10%
Q19-5 Aucune.	34%	42%	21%	31%	40%
Q20 En imaginant un système de soins qui s'affranchirait de cette loi, quelle est votre opinion sur le médecin généraliste et la pratique du suivi de la femme ?					
Q20-1 Tout médecin généraliste est à même de pratiquer le suivi de la femme. J'estime que cela fait partie de ses missions.	70%	74%	67%	74%	63%
Q20-2 C'est aussi une question de circonstances. La jeune génération de médecins généralistes doit s'adapter à la forte demande due au déficit de gynécologues.	24%	23%	33%	17%	25%
Q20-3 Ce n'est pas le rôle d'un médecin de famille de pratiquer ce suivi ; au-delà de l'aspect généraliste ou non. Car on peut aussi adresser ses patientes à un confrère généraliste pour ça.	3%	3%	0%	4%	6%
Q20-4 Le médecin généraliste n'est pas l'acteur privilégié pour ce suivi ; et ce n'est pas qu'une question relationnelle. Il n'a pas les qualités d'expertise du spécialiste pour cela.	2%	0%	0%	4%	6%
Q21 Et du point de vue des patientes, quel reste, selon vous, le principal écueil à la réalisation du frottis par le médecin généraliste ?					
Q21-1 C'est le médecin de famille. c'est embarrassant de se confier à quelqu'un qui suit son partenaire.	11%	3%	14%	17%	13%
Q21-2 C'est le médecin de famille. Il me connaît depuis mon enfance.	27%	26%	38%	30%	13%
Q21-3 Il n'est pas assez expérimenté.	14%	16%	10%	9%	25%
Q21-4 C'est un homme.	22%	26%	14%	22%	25%
Q21-5 C'est une femme.	1%	0%	0%	4%	0%
Q21-6 Aucun.	7%	6%	5%	0%	19%
Q21-7 Je ne sais pas.	18%	23%	19%	17%	6%
Q22 Etes-vous en accord avec cette politique de santé publique ? Choix multiple					
Q22-1 Non ; car je trouve qu'il y a des enjeux de santé publique plus importants que ce dépistage.	2%	0%	4%	0%	6%
Q22-2 C'est important ; mais il faudrait plutôt insister sur la vaccination anti-HPV que sur le frottis.	17%	17%	17%	12%	24%
Q22-3 C'est important ; mais d'autres test comme le test HPV me semblent plus pertinents.	16%	17%	8%	23%	12%
Q22-4 Oui ; et le frottis est un test adéquat.	66%	67%	71%	65%	59%
Q23 Cela pourrait-il avoir un impact sur la part de vos patientes a jour de leur frottis ? Choix multiple					
Q23-1 Non ; je pratique déjà de façon suffisante le frottis	8%	21%	9%	0%	0%
Q23-2 Oui ; car les patientes sont plus impliquées.	68%	71%	73%	75%	52%
Q23-3 Oui ; je me sentirai obligé de m'y mettre.	11%	3%	9%	18%	17%
Q23-4 Non ; car je ne sais pas d'où viennent ces décisions.	2%	0%	0%	4%	4%
Q23-5 Oui ; mais il va encore falloir respecter des objectifs...	10%	6%	9%	4%	26%

Tableau 6 : réponses au questionnaire selon la pratique du FCU

Selon leurs réponses à la question 7, les médecins ont été répartis en 4 catégories :

- ceux qui **pratiquaient régulièrement** le FCU dans la population cible : 31 médecins (réponse 1 à la question 7)
- ceux qui **pratiquaient** le FCU **de façon conditionnelle** : 21 médecins (réponses 2 et 3 à la question 7)
- ceux qui **conseillaient** le FCU sans le faire : 23 médecins (réponse 4 à la question 7)
- ceux qui **excluaient** le FCU de leur pratique : 16 médecins (réponse 5 à la question 7)

2) Médecins qui pratiquaient le FCU de façon régulière

Il s'agissait plutôt de **femmes** et de médecins **installés**. Ils étaient les plus nombreux à penser que leurs patientes étaient à jour de leurs FCU.

Ces médecins étaient plutôt **à l'aise avec le FCU** à l'issue de l'internat et ont le plus **choisi** des premiers remplacements pour le pratiquer. Pour eux, il **manquait de gynécologues** mais dans une **proportion moindre** que les autres catégories. C'est pour eux qu'il est **le plus simple d'adresser** à un confrère du réseau secondaire pour une colposcopie.

Leurs cabinets étaient **très majoritairement équipés** en matériel pour le FCU. Pour l'aspect communicationnel, leur principale difficulté pratique était l'**annonce** d'une éventuelle **mauvaise nouvelle**. La grande majorité ne ressentait aucune difficulté relationnelle théorique, ce qui était comparable aux autres catégories.

Pour la majorité d'entre eux, le suivi de la femme faisait partie des missions du médecin généraliste. Les principaux freins supposés des patientes étaient le **genre masculin** du médecin et le fait de **connaître la patiente depuis l'enfance**.

La **plus forte proportion** de médecins qui considéraient leur **pratique du FCU suffisante** est dans cette catégorie, mais ils n'étaient que 21%.

3) Médecins qui pratiquaient le FCU de façon conditionnelle

Une majorité d'entre eux considérait **ne pas réaliser assez de FCU**. Ils étaient les plus nombreux à considérer leurs **patientes non à jour du FCU**.

Ils étaient **plutôt à l'aise** avec la pratique du FCU après l'internat mais **n'ont pas choisi leurs premiers remplacements** en fonction de cela. **La densité de gynécologues influait le plus**

pour leur pratique. 90% pensaient qu'il n'y a pas assez de gynécologues. Ils n'avaient **pas de problème** pour adresser une patiente **pour une colposcopie**.

Ils avaient un **cabinet déjà équipé** en matériel, ce qui apparaît logique. Ils souhaitaient plus que les autres catégories **améliorer leur geste technique** et **se former sur leurs connaissances théoriques**.

Ils étaient les plus nombreux à penser **devoir s'adapter au déficit de gynécologues** en pratiquant le suivi de la femme. Ils étaient les moins nombreux à penser qu'être un homme est un écueil pour les patientes.

4) Médecins qui conseillaient le FCU sans le faire

Les **collaborateurs** et les **remplaçants réguliers** sont les plus représentés dans cette catégorie.

Les **premiers remplacements n'ont jamais été choisis** en fonction de la pratique du FCU, même si ils étaient à l'aise. Quarante-trois pourcents d'entre eux n'étaient pas à l'aise avec le frottis à l'issue de l'internat. La **densité de gynécologues n'influe pas** sur leur pratique. Avec ceux qui n'abordent pas du tout le frottis, ils sont **les plus nombreux à avoir des difficultés à d'adressage pour une colposcopie**.

Leur cabinet n'était pas équipé de matériel mais ils sont les plus intéressés pour s'en procurer. La majorité aimerait améliorer leur geste technique. Ils étaient les plus nombreux à se déclarer mal à l'aise avec leurs connaissances théoriques, même si majoritairement ils disaient avoir accès aux ressources utiles.

Ils étaient les plus nombreux (à égalité avec ceux qui pratiquent fréquemment le frottis) à penser que **tout médecin généraliste doit assurer le suivi de la femme**. C'était également la plus grande proportion à penser que ce seraient les patientes les plus impliquées avec la mise en place du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.

5) Médecins qui excluent le FCU de leur pratique

Il s'agit de la catégorie qui comporte la plus forte proportion d'**hommes** et de médecins exerçant des **soins non programmés**. Ils étaient les moins nombreux à penser que leurs patientes étaient à jour de leur frottis. Leurs patientes seraient **les moins à jour de leur FCU**.

Ils étaient les plus nombreux à se déclarer mal à l'aise avec le frottis à l'issue de l'internat (81%) et à avoir choisi leurs premiers remplacements de manière à ne pas y être confrontés.

C'est dans cette catégorie que le manque de gynécologues était le plus fortement ressenti, bien que cela n'ait pas d'influence sur leur pratique. Ils faisaient partie de ceux qui ont le plus de mal à adresser pour une colposcopie.

Le **premier frein** qui apparaissait pour cette catégorie semble avant tout **motivationnel** : 44% déclaraient ne pas être intéressés ni passionnés par le suivi gynécologique (Q17). Les **autres freins** supposés à la réalisation du FCU s'y retrouvaient également **surreprésentés** : connaissance des conduites à tenir en cas de FCU anormal moins affirmées, absence de matériel, difficultés techniques du geste, d'adressage à un colposcopiste ou encore de légitimité davantage exprimées.

Comme pour la catégorie précédente, ils étaient **les moins équipés en matériel**, mais comparativement aux précédents un peu moins désireux de savoir comment se le procurer.

Ils étaient, avec les médecins qui conseillent le FCU sans le faire, les plus nombreux à reconnaître la **difficulté technique** du geste (« pas toujours évident de trouver le col »), à éprouver les écueils de la réalisation de FCU délicats auprès de patientes difficiles. Néanmoins, là où les premiers exprimaient le souhait d'être mieux formés et de connaître des techniques adéquates, les médecins de cette catégorie semblent éviter le problème en omettant de vérifier le statut de ces patientes, voire en ne proposant plus aucun FCU.

Bien que les différences soient ici minimes, ils étaient aussi un peu plus nombreux à déclarer des difficultés de **légitimité**, exprimées également sous l'angle de la patiente comme un manque de compétence ou d'expérience du médecin généraliste à assurer le suivi de la femme. Dans le même temps, ils étaient les plus nombreux à penser que les patientes ne verraient aucun écueil à ce que le médecin généraliste pratique le suivi de la femme. En pratique, leurs difficultés communicationnelles portaient surtout sur **la préparation du geste** (exemple : déshabillage de la patiente).

Avec le dépistage organisé, ils étaient les plus nombreux à déplorer le **respect de nouveaux objectifs**. Mais ils étaient les moins nombreux à penser que ce serait surtout les patientes qui seraient impliquées avec le dépistage organisé.

Discussion

I - Principaux résultats

Notre étude vient confirmer l'hypothèse initiale qui supposait que les **freins des jeunes médecins généralistes** à la pratique du suivi de la femme, et notamment du FCU, étaient **plutôt d'ordre logistique** (matériel, réseau de soin) et **communicationnel** que de l'ordre des connaissances biomédicales.

En effet, l'un des principaux résultats de cette étude en observant les réponses de l'ensemble des médecins généralistes était qu'ils semblaient plutôt à l'aise (86%) avec leurs connaissances théoriques en cas de FCU anormal et la majorité considérait que le suivi de la femme faisait partie des missions du médecin généraliste (95%). Si toutefois les médecins ressentaient des difficultés théoriques, ils étaient en mesure de trouver des outils pour leur venir en aide.

Néanmoins, l'étude des réponses montrait :

- un frein communicationnel, avec 66% des interrogés qui ressentaient une difficulté à un stade ou un autre d'une consultation de FCU, principalement pour l'annonce des résultats et d'une éventuelle mauvaise nouvelle,
- l'absence de matériel nécessaire au FCU chez 34% des interrogés,
- un frein concernant le réseau de soins, par la difficulté à adresser une patiente pour une colposcopie chez 18% des répondants,
- un frein technique pour 14% des répondants lors de la réalisation du FCU,
- un frein motivationnel pour 11% des répondants.

Un autre résultat significatif de cette étude était que le **genre du médecin généraliste** influençait sa pratique en termes de FCU. Les jeunes médecins généralistes masculins pratiquaient moins de FCU que les femmes, et ce de manière statistiquement significative.

D'autres facteurs semblaient influencer également la pratique des jeunes médecins généralistes, comme **l'année de leur cohorte** ou leur **type d'activité** (remplaçants, installés). Les cohortes les plus jeunes étaient plus à l'aise à l'issue de leur internat avec la pratique du FCU que les cohortes plus anciennes avec une différence significative. On ne retrouvait plus cette différence en interrogeant leur pratique actuelle du FCU. Le type d'activité semblait influencer la pratique du FCU mais on ne retrouvait pas de résultat statistiquement significatif

pour ce facteur, possiblement en raison d'effectifs restreints limitant la puissance statistique de l'étude.

Enfin, cette étude a permis d'identifier des « **profils** » de **jeunes médecins généralistes vis-à-vis de leur pratique du suivi de la femme**, et notamment du FCU :

- ceux qui avaient une activité forte activité de suivi de la femme : il s'agissait le plus souvent des médecins installés, des femmes, et de répondants ayant un réseau de soins solide.
- ceux qui pratiquaient en cas de demande des patientes ou si tout était à disposition : ils étaient les plus sensibles à leur environnement médical (notamment le manque de gynécologues) et pensaient ne pas faire assez de FCU.
- ceux qui conseillaient le frottis sans le faire : ils n'étaient pas nécessairement à l'aise dans la pratique du frottis mais aimeraient améliorer leur technique et avoir accès plus facilement au matériel nécessaire.
- ceux qui excluaient le FCU de leur pratique : ils évoquaient le moins d'intérêt pour la pratique et ressentaient davantage une difficulté de légitimité en tant que médecin généraliste.

L'analyse et les perspectives qu'ouvrent ces différents profils seront développés dans un prochain paragraphe.

II - Forces et limites de l'étude

A) Forces de l'étude

1) Format et thème de l'étude

La réalisation d'entretiens semi-directifs en amont de la création du questionnaire était un atout. En effet, la conception du questionnaire a respecté une méthodologie approuvée pour la réalisation d'études quantitatives. Ces entretiens permettaient de faciliter et d'enrichir la conception du questionnaire. Ils ont aidé à explorer plus largement le sujet de l'étude en l'ouvrant aux représentations, aux discours et aux pratiques des jeunes médecins généralistes. Leur analyse synthétique pour en dégager les grandes lignes a permis d'identifier des dimensions non envisagées au départ.

Concernant le thème de l'étude, il s'installait au cœur de la mission de prévention du médecin généraliste. Les travaux existants sur le sujet ne s'intéressaient pas nécessairement aux jeunes médecins dont la formation initiale comporte maintenant des enseignements sur la réalisation du FCU et dont les freins ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux des médecins plus anciens. Les études déjà entreprises étaient le plus souvent qualitatives, menées sur des territoires socio-démographiquement différents du Val-de-Marne. L'avantage d'une analyse quantitative était de mesurer l'importance relative des freins recensés par la littérature, d'évaluer leur significativité et d'y associer plus systématiquement un contexte donné.

2) Formulation du questionnaire

Suite aux entretiens semi-directifs, l'idée était de reprendre dans le questionnaire des concepts, voire des items, directement tirés des entretiens. Le but étant d'éviter des réponses neutres et consensuelles et de permettre aux médecins répondants de se reconnaître dans des opinions et situations pratiques recueillies lors des entretiens qui, par leur nature conversationnelle, autorisent une forme plus libre d'expression. L'appui d'une diplômée en sciences humaines et sociales a été précieux dans le choix des mots et dans la construction des items. Cet aspect était singulier pour une étude quantitative et a contribué à l'originalité de l'étude. Il a permis de tirer une analyse moins chiffrée mais plus proche des attitudes et comportements des médecins, ce qui était l'objectif de cette étude.

3) Caractéristiques de l'échantillon

Dans l'échantillon de médecins ayant répondu, on retrouvait 57% de médecins qui pratiquaient le FCU et 43% qui ne le pratiquaient pas. Nous étions donc proches d'une égalité de pratiques, qui montre que l'échantillon n'était pas composé uniquement de médecins généralistes qui pratiquaient le FCU. Néanmoins, ce pourcentage de 57% de pratique de FCU dans l'échantillon restait plus élevé que le pourcentage de pratique du FCU par les médecins généralistes au niveau national. A l'instar de toute enquête par questionnaire, on peut supposer un certain biais de sélection, avec davantage de médecins investis dans la pratique répondant au questionnaire.

Par ailleurs, on notait que la proportion de femmes chez les répondants était de 70%, contre 59% dans la population ciblée par l'envoi d'invitation au questionnaire.

4) Mode de diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été validé puis diffusé par le secrétariat du département de médecine générale de l'UPEC. Ce mode de diffusion a permis un envoi à tous les anciens internes du département, à l'exception de quelques adresses électroniques erronées. Ce mode d'envoi a permis de préserver l'anonymat des répondants tout en diffusant le questionnaire au plus grand nombre. Cet envoi s'est fait dans le respect et la protection des données personnelles, conformément aux attentes de la CNIL. Les relances ont permis d'atteindre un taux honorable de participation de 28%. Ce type de diffusion a été un atout car il a permis un envoi sans distinction de type de pratiques, notamment dans le domaine de la santé de la femme. Ce qui aurait pu arriver en cas d'envoi par réseaux de connaissances.

B) Limites de l'étude

1) Puissance de l'étude

Dans l'étude, le nombre total de réponses était de 104. Cependant, 13 des médecins sur les 104 étant des médecins strictement hospitaliers, l'analyse de toutes les réponses au questionnaire s'est faite sur 91 réponses, soit un effectif inférieur à 100. Cela a engendré des difficultés dans l'analyse statistique avec de nombreux items ayant de petits effectifs, limitant la réalisation de tests statistiques.

2) Questions fermées

Le choix d'une analyse quantitative a conduit à la rédaction de questions fermées, facilitant la production de données quantifiable et l'analyse statistique de ces données. Certains médecins répondants ont pu être frustrés de ne pas toujours trouver dans chaque question un item leur correspondant. Il aurait pu être rajouté dans certaines questions un item « non concerné ».

3) Place des autres acteurs du dépistage

Dans le questionnaire, l'alternative à la pratique du FCU par le généraliste était principalement représentée par le recours au gynécologue. Cependant, nous savons qu'il existe d'autres interlocuteurs dans ce dépistage comme les sages-femmes, certains laboratoires d'analyses médicales et les centres de planification et d'éducation familiales par exemple. Il est vrai que dans le questionnaire, ces acteurs n'ont pas été strictement mentionnés dans les items proposés. L'objectif des questions se centrait sur le médecin

généraliste et sa pratique ou non du FCU. Il aurait peut être été plus clair pour certains répondants de mentionner directement les acteurs du dépistage autres que le gynécologue.

4) Formulation du questionnaire

Le choix singulier des items cherchant à s'approcher de la réalité pratique des médecins, avec des formulations réfléchies, n'a pas aidé à l'analyse statistique des résultats. En effet, les réponses aux items ont parfois amené des effectifs réduits sur certains items. En cas d'items plus classiques d'études quantitatives, comme une échelle numérique ou une échelle de Likert, des regroupements de réponses auraient pu se faire naturellement permettant d'obtenir une meilleure puissance statistique. Dans cette étude, il a été difficile procéder à des regroupements d'items dans certaines questions ; les items ayant chacun leur nuance propre. Néanmoins, ce sont aussi les caractéristiques de ces items qui font l'originalité de cette étude.

III - Comparaison avec la littérature

A) Difficultés et vision globale des jeunes médecins généralistes

En étudiant les réponses de l'ensemble des médecins interrogés, on remarque que les difficultés à la réalisation du FCU semblaient d'avantage d'ordre logistique que de l'ordre des connaissances biomédicales. En effet, les médecins interrogés semblaient dans l'ensemble satisfaits de leurs connaissances théoriques à propos du FCU, ou du moins capables de trouver des réponses à leurs questions en cas de doute. Le travail de P. Bidet (2) montrait également que « la formation en stage tant en deuxième cycle qu'en troisième cycle de médecine générale semble avoir donné à la majorité des médecins généralistes les moyens de pratiquer l'examen clinique gynécologique et le FCU ». Néanmoins A. Souissi (21) indiquait que la formation insuffisante était un des freins à la réalisation du FCU par les médecins généralistes. Il est vrai que l'étude qualitative d'A. Souissi portait sur des médecins toute classe d'âge confondue, et non seulement sur des jeunes médecins, comme notre étude et celle de P. Bidet (2).

Par ailleurs dans notre étude, les médecins interrogés semblaient en majorité considérer que le FCU faisait partie des missions du médecin généraliste, cependant les patientes seraient d'après eux moins convaincues de cela. L'article de A. Badet-Phan (1) montrait que le dépistage du cancer du col de l'utérus faisait partie des missions du médecin généraliste, qu'il pratique ou non le FCU. Mais que cela serait moins évident pour les patientes.

B) Genre du médecin généraliste

Dans notre étude, le genre du médecin généraliste a été le principal facteur statistiquement significatif influençant la pratique du FCU. Les médecins généralistes hommes pratiquaient moins de FCU que les médecins généralistes femmes. De plus, seuls médecins hommes éprouvaient des difficultés de légitimité vis-à-vis des patientes à réaliser le FCU. Dans notre étude, le genre masculin du médecin était le principal écueil supposé des patientes selon les médecins hommes. Même si ce facteur était attendu dans les résultats, nous ne pensions pas qu'il serait d'une telle ampleur. En effet, en étudiant une population de jeunes médecins généralistes ayant reçu une bonne formation, nous pensions que l'impact du genre serait moindre. D'autant plus que lorsque les médecins répondaient sur les freins supposés des patientes, ce n'était pas le genre masculin qui prévalait.

On retrouve cette idée dans d'autres études. S. Farshian (5) présentait le sexe de l'examineur comme un des trois principaux freins à la réalisation du FCU par le médecin généraliste du

point de vue des patientes. N. Spilthooren (22) évoquait également la pudeur des patientes face à un médecin homme comme un frein des patientes. Ces deux précédentes études sont des études qualitatives réalisées en milieu rural auprès des patientes.

Cependant, on retrouve d'autres études dans la littérature montrant des résultats plus nuancés sur le sujet. A. Gambiez-Journard (8) notait que « le genre du médecin n'apparaissait pas comme un facteur rédhibitoire, homme ou femme pouvaient être choisis, à l'instar de différentes représentations du corps, de son approche intime ». En effet, en France, la proportion de médecins femmes gynécologues-obstétriciens n'est que de 51% (19). Ce qui amène à penser que le genre du médecin n'est effectivement pas un facteur rédhibitoire. Elle est de 74% pour les gynécologues médicaux (18). A. Badet-Phan (1) rapportait dans son article que le genre du médecin est un aspect qui était revenu fréquemment dans ses entretiens. Néanmoins la pudeur, souvent attribuée à la patiente lors de la réalisation du FCU, pouvait également être liée au médecin lui-même. Le médecin généraliste pouvant craindre d'altérer la relation avec la patiente en réalisant un FCU.

C) Profils des médecins en fonction de leur pratique du FCU

Dans notre étude, on recensait quatre types de profils de médecins selon leur pratique du FCU. Le but et l'originalité de notre étude étaient de distinguer des difficultés ou des besoins propres à chaque type de profil pour la pratique du FCU. Cette analyse était originale et peu retrouvée dans la littérature existante. La finalité étant à terme de s'adapter à chaque profil afin de mieux comprendre ses besoins et fournir une aide adaptée.

Le premier profil de médecins interrogés correspondait à **ceux qui pratiquaient très fréquemment des FCU**. Nous avons remarqué qu'il s'agissait le plus souvent de médecins installés, plutôt de genre féminin. Ces médecins étaient à l'aise avec leur pratique du FCU et bénéficiaient d'un réseau de soins solide sur lequel s'appuyer en cas de nécessité, notamment pour adresser une patiente pour une colposcopie. Pour ces médecins, on ne retrouvait pas de franche difficulté dans leur pratique du FCU. Néanmoins, leur principale difficulté reposait sur **l'annonce d'une éventuelle mauvaise nouvelle aux patientes**. On pourrait imaginer pour ces médecins des échanges avec leurs pairs sur ce domaine ou bien des jeux de rôle de mise en situation.

Le deuxième profil regroupait les **médecins qui pratiquaient le frottis en cas de demande**, notamment des patientes. Ce groupe de médecins était le plus sensible à la densité médicale autour de son lieu d'exercice, notamment la densité de gynécologues. Ces médecins semblaient s'adapter à la demande de soins sur leurs lieux d'exercice. Ces médecins

exerçaient le plus souvent dans un lieu déjà équipé en matériel nécessaire au FCU. De plus, les médecins de ce groupe signifiaient un besoin de s'améliorer du point de vue technique concernant le FCU. Leurs connaissances théoriques leur semblaient satisfaisantes. On pourrait imaginer pour ce type de médecins **d'axer la formation sur l'amélioration de leur geste technique.**

Le troisième profil concerne les **médecins qui conseillaient le FCU sans le réaliser eux-mêmes.** On retrouvait dans ce groupe surtout des remplaçants et des collaborateurs. Ces médecins n'avaient pas de réseau de soins solide et la densité médicale aux alentours, notamment de gynécologues, influait peu sur leur pratique. Ces médecins étaient les plus désireux de savoir comment se procurer le matériel nécessaire au FCU. Il pourrait être intéressant dans un premier temps de fournir le matériel nécessaire à ces médecins. La **création de réseaux de professionnels**, à l'instar des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) promulguées par l'ARS, pourrait **faciliter les parcours de soins** autour du FCU et notamment l'adressage à un coloscopiste.

Le quatrième profil représentait les **médecins qui excluaient le FCU de leur pratique.** Ils étaient les plus nombreux à avoir choisi de ne pas pratiquer de FCU lors de leurs premiers remplacements. Ils étaient conscients du déficit de gynécologues mais cela n'influait pas leur pratique. Reconnaisant leurs difficultés techniques pour la pratique du frottis, ils semblaient peu intéressés par des conseils à ce niveau-là. On notait également chez ces médecins, un manque de motivation quant au suivi de la femme. On retrouvait dans ce groupe la plus grande proportion de médecins considérant que le médecin généraliste a une difficulté de légitimité vis-à-vis de la pratique du FCU, notamment par son manque d'expérience. Pour ces médecins, il semble difficile à première vue de leur proposer une aide. Néanmoins, on pourrait **réfléchir à un travail sur la genèse de leurs difficultés, notamment de légitimité.** On pourrait entrevoir également un travail sur l'absence de motivation pour ces médecins dans le domaine de la santé de la femme.

Comme décrit précédemment, notre étude est novatrice par l'introduction de ces profils. Toutefois, certains travaux se rapprochent de cette idée. Le travail de thèse de C. Lavabre (13) recherchait les impacts d'une formation auprès des médecins généralistes concernant le FCU. Une de ses conclusions était d'adapter le niveau de formation proposée aux profils des médecins, en fonction de leur pratique du FCU. Dans son étude qualitative auprès de médecins généralistes, C. Squimbre (23) recherchait les obstacles à la réalisation du FCU. Dans ses conclusions, elle distinguait les freins concernant les médecins pratiquant le FCU et

ceux ne le pratiquant pas. Pour ces derniers, on retrouvait notamment la gêne et la peur de mal faire qui étaient moins présentes chez les médecins pratiquant le FCU.

Néanmoins, certains aspects n'ont pas été explorés dans notre étude. Comme l'aspect financier et la rémunération de l'acte CCAM du FCU comme levier de sa réalisation. Cet aspect étant peu ressorti des entretiens semi-directifs permettant la construction du questionnaire, il n'est donc pas apparu franchement dans les items du questionnaire. Lors de la dernière question, question ouverte interrogeant sur l'amélioration du dépistage, cet aspect a très peu été mentionné, confortant ainsi le ressenti des entretiens semi-directifs.

IV - Perspectives

La population de médecins interrogés dans cette étude était une population de jeunes médecins généralistes, âge moyen de 33 ans, avec une formation récente au sein du département de médecine générale de la faculté de Créteil. Ayant recensé les différentes difficultés de ces médecins à la pratique du FCU, on peut imaginer des perspectives à plusieurs niveaux décrits ci-dessous.

A) Impact sur la formation médicale continue

Comme détaillé ci-dessus, notre étude a permis de montrer l'intérêt d'adapter la formation au niveau de la pratique du médecin afin de cibler ses besoins. Par exemple en proposant différents niveaux de formation. En commençant par l'aspect technique et les connaissances nécessaires sur le FCU pour les médecins souhaitant s'améliorer puis en proposant des sujets plus ciblés, comme par exemple l'annonce d'une mauvaise nouvelle pour les médecins plus expérimentés.

B) Place des institutions médicales

Au vu des résultats de l'étude, on pourrait envisager une implication des institutions médicales telles que l'ARS ou la CPAM.

Pour épauler les médecins généralistes dans leur pratique du dépistage du cancer du col de l'utérus, un registre local recensant les gynécologues pratiquant la colposcopie pourrait être utile. Ce registre permettrait de connaître les interlocuteurs vers qui adresser les patientes en cas de frottis anormal. Il existe déjà des réseaux de soins, notamment au sein de l'AP-HP permettant d'adresser les patientes dans les services de soins secondaires. D'autres institutions médicales pourraient également être impliquées comme les structures régionales de coordination des dépistages. Ces structures pourraient également favoriser l'accès ou

fournir aux médecins le matériel nécessaire à la réalisation du FCU. Il existe déjà de telles initiatives à l'image des CPTS, qui sont en cours de développement sous l'influence de l'ARS. Le but de ces CPTS est de favoriser le rapprochement entre professionnels de santé d'un territoire donné afin d'améliorer la coordination des parcours de soins.

Les institutions pourraient aussi favoriser l'information des patientes sur la réalisation du FCU par le médecin généraliste. On pourrait imaginer des campagnes d'information grand public concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus. Même si d'après certaines études (4) c'est le fait que le médecin généraliste lui-même parle du dépistage et propose de le faire qui aurait le plus d'impact. Ces campagnes d'information sont en cours de lancement, mais nécessitent une adaptation aux nouvelles recommandations de 2019 sur le FCU.

C) Impact sur la formation facultaire

Dans notre étude, tous les médecins interrogés sont issus de la même faculté d'enseignement pour le troisième cycle des études médicales. On peut donc supposer qu'ils ont reçu une formation théorique relativement semblable. Il s'agit de médecins sortis récemment de la faculté, ils ont donc reçu des enseignements sur la santé de la femme. Néanmoins, on remarque que dans l'échantillon des médecins interrogés, 18% ont totalement exclu le FCU de leur pratique. On peut donc se poser la question de l'impact de la formation facultaire sur la pratique du FCU. Sachant qu'un autre aspect de la formation est l'enseignement reçu en stage, qui peut donc différer selon les internes. Dans son étude, M. Colchen (3) montrait que la pratique de la gynécologie par les médecins généralistes était influencée par la formation reçue mais aussi et surtout par l'intérêt porté à ce sujet. Ce qui pose la question de l'acceptabilité de la non-pratique du FCU par une proportion de médecins, quel que soit leur formation, aussi adaptée soit-elle.

Conclusion

Le médecin généraliste a pour mission de contribuer à l'offre de soins ambulatoire en assurant notamment pour ses patients la prévention et le dépistage, ce qui a été précisé dans la loi HPST de 2009. Cela concerne donc aussi le suivi de la santé de la femme. Or, en France en 2015, seuls des 10% des FCU seraient réalisés par des médecins généralistes. Des travaux ont été réalisés sur les freins des médecins généralistes à la réalisation du FCU. Notre étude s'intéressait à la pratique des jeunes médecins généralistes issus du département de médecine générale de la faculté de Créteil. Les travaux existants ne s'intéressaient pas nécessairement aux jeunes médecins dont la formation initiale comporte des enseignements sur la réalisation du FCU et dont les freins ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux des médecins plus âgés. Les études existantes étaient souvent des études qualitatives. L'intérêt d'une étude quantitative était de mesurer l'importance relative des freins recensés par la littérature, d'évaluer leur significativité et d'y associer plus systématiquement un contexte donné. L'intérêt de cette étude était d'évaluer la pratique du dépistage du cancer du col de l'utérus par les jeunes médecins généralistes. En ciblant les plus jeunes, l'idée était de pouvoir proposer un accompagnement adapté en relai de la formation facultaire.

Notre étude a permis de démontrer que les freins des jeunes médecins généralistes à la pratique du suivi de la femme, et notamment du FCU, étaient plutôt d'ordre logistique (matériel, réseau de soin) et communicationnel que de l'ordre des connaissances biomédicales. De plus, le genre du médecin généraliste influençait sa pratique en termes de FCU. Les jeunes médecins généralistes hommes pratiquaient moins de FCU que les femmes, et ce de manière statistiquement significative. Enfin, cette étude a permis d'identifier des « profils » de jeunes médecins généralistes vis-à-vis de leur pratique du suivi de la femme, et notamment du FCU. Ces quatre profils allant d'une pratique très fréquente de la santé de la femme à l'absence totale de pratique ont permis d'identifier des difficultés spécifiques à chaque profil.

On pourrait envisager une étude similaire au niveau régional, par exemple sur le territoire de l'Ile-de-France, ou bien au niveau national, pour étudier à plus grande échelle la pratique de la santé de la femme par les jeunes médecins généralistes. Cette étude pourrait également être utile pour proposer des formations adaptées aux médecins selon leur type de pratiques afin de mieux cibler leurs besoins dans le domaine.

Bibliographie

- 1 - Badet-Phan A, Moreau A, Colin C et al. Obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus rencontrés par les médecins généralistes chez les femmes âgées de 20 à 65 ans. *Pratiques et organisations des soins*. 2012 ; 43 : 261-268.
- 2 - Bidet P. Pratique des gestes et techniques de gynécologie par les jeunes médecins généralistes issus du DES de médecine générale de Créteil. Thèse de médecine générale. Université de Paris-Est-Créteil ; 2013 : 74p.
- 3 - Colchen M. Influence de l'absence d'un stage de gynécologie au cours du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale sur la pratique du médecin généraliste : étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de jeunes médecins généralistes installés en Picardie. Thèse de médecine générale. Université d'Amiens ; 2016, 74p.
- 4 - Coulon C. Frottis cervico-utérin en médecine générale : comment les patientes perçoivent-elles la façon dont leur médecin généraliste aborde le sujet. Thèse de médecine générale. Université de Nantes ; 2018, 54p.
- 5 - Farshian S. Freins au choix d'un médecin généraliste pour la réalisation du frottis cervico-vaginal en zone de pénurie médicale. Thèse de médecine générale. Université de Nantes ; 2017, 74p.
- 6 - Favre L. Comparaison et évolution de l'activité gynécologique des médecins généralistes et gynécologues médicaux dans le territoire Nord Ile-de-France sur la période 2015-2020. Thèse de médecine générale. Université Paris 13 ; 2016 : 98p.
- 7 - Flori M. Evaluation de la qualité des frottis du col de l'utérus pratiqué par les médecins généralistes. *Exercer*. 2005 ; 73 : 44-47.
- 8 - Gambiez-Journard A, Vallée J. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin. *Exercer*. 2011 ; 22 : 122-128.
- 9 - HAS, Haute Autorité de Santé. Evaluation 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. [En ligne]. 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. Consulté le 29 mai 2020.
- 10 - HAS, Haute Autorité de Santé. Recommandation sur l'élargissement de la vaccination contre les papillomavirus aux garçons. [En ligne]. https://has-sante.fr/jcms/p_3116022/fr/recommandation-sur-l-elargissement-de-la-vaccination-contre-les-papillomavirus-aux-garcons. Consulté le 29 mai 2020.
- 11 - Hofliger P, Caluzio P, Guegan JC et al. L'évaluation des pratiques professionnelles en médecine générale, l'exemple du frottis cervical. *Revue du praticien en médecine générale*. 1994 ; 254 : 29-32.
- 12 - INCa, Institut National du Cancer. Généralisation des dépistages du cancer du col de l'utérus/Etude médico-économique/Phase 1-décembre 2015. [En ligne]. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Generalisation-du-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-etude-medico-economique-Phase-1>. Consulté le 29 mai 2020.

-
- 13 - Lavabre C. Exploration qualitative des modifications de pratique de 25 médecins généralistes suite à une formation médicale sur le dépistage du cancer du col de l'utérus. Thèse de médecine générale. Université de Paris-Est-Créteil ; 2014 : 77p.
 - 14 - Lefeuvre C, Apaire-Marchais V. Stratégie de prévention du cancer du col utérin. Actualités pharmaceutiques. 2019 ; 588 : 33-37.
 - 15 - Légifrance. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>. Consulté le 29 mai 2020.
 - 16 - Maj C, Rigal L, Panjo H. Dépistage du cancer du col de l'utérus par les médecins généralistes en France : une analyse multiniveau. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. 2016 ; 64 : page S189.
 - 17 - ONCORIF. Publication du cahier des charges des centres régionaux de coordination des dépistages des cancers. [En ligne]. <https://www.oncorif.fr/publication-du-cahier-des-charges-des-centres-regionaux-de-coordination-des-depistages-des-cancers/>. Consulté le 29 mai 2020.
 - 18 - Profil médecin. Chiffres clés Gynécologue médical. [En ligne]. <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-gynecologue-medical/>? Consulté le 8 juin 2020.
 - 19 - Profil médecin. Chiffres clés Gynécologue-obstétricien. [En ligne]. <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-gynecologue-obstetrique/>. Consulté le 8 juin 2020.
 - 20 - Santé Publique France. Cancer du col de l'utérus. [En ligne]. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus/notre-action/#tabs>. Consulté le 29 mai 2020.
 - 21 - Souissi A. Freins à la réalisation du frottis cervico-utérin en médecine générale : enquête par entretiens auprès de médecins généralistes marnais. Thèse de médecine générale. Université de Reims-Champagne Ardenne ; 2012 : 52p.
 - 22 - Spilthooren N. Le ressenti des femmes faisant leur frottis chez le médecin généraliste en milieu rural. Thèse de médecine générale. Université de Bordeaux ; 2018, 115p.
 - 23 - Squimbre C. Obstacles à la réalisation du frottis cervico-utérin en médecine générale : étude qualitative par analyse prédictive chez les femmes non dépistées consultant en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais. Thèse de médecine générale. Université de Lille ; 2012 : 146p.
 - 24 - Woronoff AS, Molinié F, Trétarre B. Mise en place du programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en France. Bull Cancer. 2019 ; 106 : 253-261.

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

- Introduction

Se présenter soi et le contexte de l'étude. Thèse de médecine générale. Partenariat avec ADOC. Quelques entretiens qualitatifs en préalable d'un questionnaire qui sera envoyé aux jeunes médecins du département pour connaître où ils en sont dans leur pratique du dépistage du cancer du col de l'utérus, freins et leviers rencontrés...

- Pouvez-vous vous présenter, présenter votre activité et votre patientèle ?

Lieu d'exercice, type d'activité, âge

Remplacement fixe vs pendant les vacances

Présentation succincte du MG remplacé

- Quelles sont vos pratiques actuelles en matière de suivi gynécologique ?

Parler dépistage du cancer du sein, suivi de grossesse, pose d'implant, DIU.

Et celle du MG remplacé

- Et plus particulièrement vos pratiques concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus ?

Comment abordez-vous le sujet ?

Réalisez-vous le frottis vous-même ?

Comment se passe la pratique du FCU dans votre cabinet : patientes viennent d'elles-mêmes ou c'est vous qui proposez ?

Y pensez-vous systématiquement ?

Y a-t-il des catégories de patientes où vous le faites plus ou moins facilement ?

Quelles sont les pratiques du MG remplacé ?

- Est-ce que ce que vous me décrivez vous semble suffisant ? Jusqu'où aimeriez-vous aller ? Qu'est-ce qui vous en empêche ?

Laisser parler, enregistrer les freins et leviers rencontrés et relancer si besoin :

Éléments facilitateurs (« quels sont de votre point de vue les facteurs facilitant l'incitation des femmes/la réalisation du frottis ? »)

Facteurs limitants (du point de vue du médecin/ de la patiente)

Liste de freins attendus

Organisationnels (Manque de temps, manque d'info sur circuits,

Relationnels (refus, réticence de la patiente ; obstacle culturels, absence de demande des patientes...)

Connaissances : manque de formation, ...

Contexte : **problème spécifique du remplaçant** (pense qu'il ne gère que de l'aigu), présence d'un gynécologue à proximité, non pratique du médecin qu'il remplace (à creuser)

Dépistage : acte insuffisamment valorisé

- Comment pourrait-on vous aider pour faciliter votre réalisation du FCU ?

A relancer selon les freins dits au dessus : via une formation ? Aide à l'achat de matériel ? Ateliers d'échanges de pratiques ?

- Vous avez reçu une formation initiale (facultaire, stages). Qu'est-ce qui vous manque ou non dans cette formation ? Que pensez-vous du niveau acquis sur le sujet grâce à cette formation ?

Pensez-vous que vous saviez faire mais vous n'aviez pas de assez de matériel par exemple. Ou bien à force de ne pas faire vous avez perdu la main ?

- Quelques explications concernant la mise en place du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus : plan cancer 2014-2019, incitations pour les femmes non à jour de leur dépistage par courrier d'invitation ou de relance.

Comment vous situez-vous par rapport à cela ? Est-ce que cela facilitera les choses ou cela sera plutôt vécu comme une contrainte ?

Annexe 2 : Questionnaire

Nous vous rappelons que ce questionnaire est anonyme. La majorité des questions sont à choix unique. Sauf celles portant la mention "choix multiple". Le symbole * signifie que la question est obligatoire.

N'oubliez pas de cliquer sur enregistrer à la fin du questionnaire. Merci pour votre participation.

1) Quelle est votre année de naissance ?

2) Quelle est votre année d'ECN ?

3) Quel est votre sexe ?

Masculin

Féminin

4) Quel est votre type d'activité ?

Installé en médecine générale ambulatoire (libéral ou salarié en centre de santé)

Remplaçant régulier en médecine générale ambulatoire

Remplaçant occasionnel en médecine générale ambulatoire

Collaborateur d'un médecin généraliste

Activité mixte : médecine générale et hospitalière

Activité hospitalière exclusive

5) Au cours des six derniers mois, quel est le code postal de la ville où vous avez exercé ?

6) Au cours des six derniers mois, quelle a été votre activité principale ?

- Majorité de soins programmés et quelques soins non programmés au cabinet.
- Majorité de soins non programmés (gardes, sans RDV).

7) Au cours des six derniers mois, avez-vous effectué des frottis ?

- Oui, fréquemment dans la population cible.
- Oui, mais plutôt à la demande des patientes ou en cas de consultation dédiée.
- Oui, mais seulement dans des cabinets où tout est à disposition.
- Non, je n'ai pas fait le geste mais je l'ai conseillé.
- Non, cela ne fait pas partie de ma pratique.

8) Pensez-vous que les patientes que vous suivez sont globalement à jour de leur frottis ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

9) Actuellement, considérez-vous que la densité de gynécologues autour du cabinet où vous exercez soit suffisante pour mener à bien le suivi de santé des femmes ?

- Oui
- Non

10) Pour vos premiers remplacements à l'issue de votre internat, étiez-vous à l'aise avec le frottis ?

- Oui. Et j'ai choisi les cabinets pour en faire.

- Oui. Mais j'ai pris ce qui venait comme remplacements.
- Non. Mais j'ai choisi des cabinets où on le pratiquait pour pouvoir m'exercer.
- Non. Et j'ai choisi des cabinets où l'on ne le pratiquait pas, pour ne pas y être confronté.
- Non. Et j'ai pris ce qui venait comme remplacements.

11) Actuellement, quelle proposition se rapproche le plus de votre pratique du frottis ?

- Je le fais mais j'ai dû m'imposer.
- Je le fais car ça se fait dans le cabinet. Et c'est appréciable.
- Je le fais car ça se fait dans le cabinet. Mais ce n'est pas captivant.
- Je ne le fais pas, j'oriente vers mes confrères du cabinet.
- Je ne le fais pas, j'oriente vers le gynécologue.
- Je ne le fais pas, mais il y a beaucoup de demandes des patientes.

12) Disposez-vous du matériel nécessaire à la réalisation du frottis (pot de liquide, brosse, fiche de renseignements, table gynécologique) ?

- Oui, le cabinet était déjà équipé.
- Oui, mais c'est moi qui me le suis procuré.
- Non, mais cela m'intéresse de savoir comment me le procurer.
- Non.
- Je ne sais pas.

La réalisation du frottis chez certaines patientes peut se révéler plus délicate que chez d'autres (patiente obèse, ménopausée ou souffrant de vaginisme).

13) Est-ce un écueil pour proposer le frottis à ces patientes-là ?

-
- Non, car si je n'y arrive pas pour le geste, je peux toujours passer la main.
 - Non, mais j'aimerais connaître des techniques pour m'aider à faire le geste chez ces patientes-là.
 - Non, mais peut-être qu'en fait je vérifie moins pour ces patientes-là.
 - Oui, et d'ailleurs je ne propose plus à personne.

14) La densité de gynécologues autour de votre cabinet actuel influe-t-elle sur votre pratique du frottis ?

- Oui
- Non

15) Actuellement, êtes-vous à l'aise avec l'interprétation d'un frottis anormal ou ASC-US ?

- Oui, j'ai les connaissances.
- Plus ou moins, mais j'ai les outils pour y arriver (recommandations ou confrère disponibles).
- Je ne suis pas très à l'aise, j'aurais besoin de me former pour améliorer mes connaissances.
- Je suis mal à l'aise, mes connaissances sont insuffisantes.

16) En cas de frottis anormal, est-il facile pour vous d'adresser une patiente à un gynécologue pratiquant la colposcopie ?

- Oui.
- Non. Mais ce n'est pas un problème car c'est rare d'avoir un frottis anormal.
- Non. Et c'est un problème.

17) Finalement, quelle proposition se rapproche le plus de votre pratique actuelle du frottis ?

-
- Je suis à l'aise, j'ai une grosse activité de santé de la femme.
 - Ce n'est pas compliqué, mais je n'en fais pas assez.
 - Je sais le faire mais ça ne m'intéresse pas. J'en fais de moins en moins.
 - Ce n'est pas toujours évident de trouver le col. J'aborde le sujet mais je préfère passer la main pour le geste.
 - Le suivi de la femme, ça ne me passionne pas. J'évite d'aborder le sujet.

La communication avec les patientes concernant le suivi de santé des femmes peut se révéler parfois délicate.

18) Et vous personnellement, comment vous sentez-vous ?

- Je n'ai aucune difficulté insurmontable.
- J'ai une difficulté personnelle pour parler de l'intime. Cela pourrait modifier la relation avec la patiente.
- J'ai une difficulté de légitimité. Les patientes ne sont pas « éduquées » au fait qu'un médecin généraliste puisse faire le suivi gynécologique.
- J'ai un réel blocage personnel qui m'empêche d'aborder cela en pratique.

19) Concernant les techniques communicationnelles pendant la consultation, quelles sont les étapes qui vous mettent en difficulté ? Choix multiple

- Préparer le geste (déshabillage, préparation du matériel).
- Accompagner la patiente pendant le geste : expliquer, rassurer.
- Annoncer le résultat et potentiellement une mauvaise nouvelle.
- Parler de sexualité (relation au(x) partenaire(s)).
- Aucune

Depuis la loi HPST de 2009, le médecin généraliste doit assurer la prévention et le dépistage pour les patients.

20) En imaginant un système de soins qui s'affranchirait de cette loi, quelle est votre opinion sur le médecin généraliste et la pratique du suivi de la femme ?

. Tout médecin généraliste est à même de pratiquer le suivi de la femme. J'estime que cela fait partie de ses missions.

. C'est aussi une question de circonstances. La jeune génération de médecins généralistes doit s'adapter à la forte demande due au déficit de gynécologues.

. Ce n'est pas le rôle d'un médecin de famille de pratiquer ce suivi, au-delà de l'aspect généraliste ou non. Car on peut aussi adresser ses patientes à un confrère généraliste pour ça.

. Le médecin généraliste n'est pas l'acteur privilégié pour ce suivi, et ce n'est pas qu'une question relationnelle. Il n'a pas les qualités d'expertise du spécialiste pour cela.

21) Et du point de vue des patientes, quel reste, selon vous, le principal écueil à la réalisation du frottis par le médecin généraliste ?

C'est le médecin de famille. C'est embarrassant de se confier à quelqu'un qui suit son partenaire.

C'est le médecin de famille. Il me connaît depuis mon enfance.

Il n'est pas assez expérimenté.

C'est un homme.

C'est une femme.

Aucun.

Je ne sais pas.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus en France consiste en la réalisation chez les femmes de 25 à 65 ans d'un frottis tous les 3 ans, après 2 frottis normaux à un an d'intervalle.

22) Etes-vous en accord avec cette politique de santé publique ? Choix multiple

- Non, car je trouve qu'il y a des enjeux de santé publique plus importants que ce dépistage en France métropolitaine.
- C'est important, mais il faudrait plutôt insister sur la vaccination anti-HPV que sur le frottis.
- C'est important, mais d'autres tests comme le test HPV me semblent plus pertinents.
- Oui, et le frottis est un test adéquat.

Un dépistage organisé va venir renforcer le dépistage individuel. Il consiste, entre autres choses, à envoyer des invitations aux femmes non à jour de leur frottis.

23) Cela pourrait-il avoir un impact sur la part de vos patientes à jour de leur frottis ? Choix multiple

- Non, je pratique déjà de façon suffisante le frottis.
- Oui, car les patientes seront plus impliquées.
- Oui, je me sentirai obligé de m'y mettre.
- Non, car je ne sais pas d'où viennent ces décisions.
- Oui, mais il va encore falloir respecter des objectifs...

24) Selon vous, quelles mesures amélioreraient la lutte contre le cancer du col de l'utérus ?

--

Annexe 3 : Courriel d'invitation au questionnaire

Chères consoeurs, chers confrères,

Je suis interne de médecine générale à l'UPEC et je viens de terminer mes stages. J'effectue actuellement des remplacements. Je me rends donc compte des difficultés que nous rencontrons dans le début de notre exercice. Je m'intéresse tout particulièrement à la mise en place de la pratique du suivi de la femme, et notamment celle du frottis cervico-utérin.

Mon travail de thèse porte sur le vécu des jeunes médecins sortis de l'université, qu'ils soient remplaçants ou installés, sur la thématique du suivi de la femme.

Votre expérience est singulière et j'aimerais connaître ce qui vous a permis de mettre en place un suivi de la femme ou bien ce qui a été une entrave. L'objectif étant d'apporter une aide personnalisée et adaptée à nos besoins de jeunes médecins, si cela est nécessaire.

Afin que je puisse réaliser mon travail, il vous suffit de répondre à un questionnaire en ligne **anonyme** qui vous prendra entre 5 et 10 minutes. Ce questionnaire comporte 24 questions (ou bien seulement 4 questions en fonction de votre exercice). Voici le lien :

<https://www.wepi.org/accounts/5ab9f07ca0c5c/enquetes//1352189880/scripts/connect.php?t=402948442&s=f>

J'effectue ce travail avec le docteur Sandrine Bercier, en partenariat avec l'ADOC 94. L'ADOC 94 est le centre de coordination des dépistages des cancers dans le Val-de-Marne.

Un grand merci pour votre participation.

Solenne Henriot, interne en médecine générale

Annexe 4 : Courriel de relance

Si vous avez déjà répondu au questionnaire précédemment, vous n'êtes pas concernés par ce message de relance. Merci pour votre participation.

Chères consoeurs, chers confrères,

Je vous sollicite à nouveau concernant mon travail de thèse dirigé par Sandrine Bercier concernant votre pratique du suivi de la femme, et notamment celle du frottis cervico-utérin. Le but est de savoir ce qui vous a permis ou non de mettre en place ce suivi.

Pour cela, il vous suffit de répondre à mon questionnaire anonyme qui vous prendra entre 5 et 10 minutes. Il comporte 24 questions (ou 4 questions selon votre type d'exercice). Voici le lien :

<https://www.wepi.org/accounts/5ab9f07ca0c5c/enquetes//1352189880/scripts/connect.php?t=402948442&s=f>

Un grand merci pour votre aide.

Solenne Henriot, interne en médecine générale.

Annexe 5 : Répartition des réponses selon le genre

		TOTAL	Femmes	Hommes
Q3	Quel est votre sexe ?			
Q3-1	Masculin	30%	0%	100%
Q3-2	Feminin	70%	100%	0%
Q4	Quel est votre type d'activité ?			
Q4-1	Installé en médecine générale	29%	26%	35%
Q4-2	Remplaçant régulier en médecine générale	37%	37%	35%
Q4-3	Remplaçant occasionnel en médecine générale	7%	8%	3%
Q4-4	Collaborateur d'un médecin généraliste	12%	11%	13%
Q4-5	Activité mixte : médecine générale et hospitalière	4%	4%	3%
Q4-6	Activité hospitalière exclusive	13%	14%	10%
Q6	Au cours des six derniers mois, quelle a été votre activité principale ?			
Q6-1	Majorité de soins programmés et quelques soins non programmés au cabinet.	91%	92%	89%
Q6-2	Majorité de soins non programmés (gardes ; sans RDV).	9%	8%	11%
Q7	Au cours des six derniers mois, avez-vous effectué des frottis ?			
Q7-1	Oui. Fréquemment dans la population cible.	34%	40%	21%
Q7-2	Oui. Mais plutôt à la demande des patientes ou en cas de consultation dédiée.	16%	21%	7%
Q7-3	Oui. Mais seulement dans des cabinets où tout est à disposition.	7%	5%	11%
Q7-4	Non. Je n'ai pas fait le geste mais je l'ai conseillé.	25%	24%	29%
Q7-5	Non. Cela ne fait pas partie de ma pratique.	18%	11%	32%
Q8	Pensez-vous que les patientes que vous suivez sont globalement à jour de leur frottis ?			
Q8-1	Oui, à jour.	66%	68%	61%
Q8-2	Non, pas à jour.	23%	21%	29%
Q8-3	Ne sait pas	11%	11%	11%
Q9	Actuellement, considérez-vous que la densité de gynécologues autour du cabinet où vous exercez soit suffisante pour mener à bien le suivi de santé des femmes ?			
Q9-1	Oui, suffisamment de gynécologues.	18%	16%	21%
Q9-2	Non, pas suffisamment de gynécologues.	82%	84%	79%
Q10	Pour vos premiers remplacements à l'issue de votre internat, étiez-vous à l'aise avec le frottis ?			
Q10-1	Oui. Et j'ai choisi les cabinets pour en faire.	21%	24%	14%
Q10-2	Oui. Mais j'ai pris ce qui venait comme remplacements.	42%	44%	36%
Q10-3	Non. Mais j'ai choisi des cabinets où on le pratiquait pour pouvoir m'exercer.	9%	11%	4%
Q10-4	Non. Et j'ai choisi des cabinets où l'on ne le pratiquait pas ; pour ne pas y être confronté.	9%	8%	11%
Q10-5	Non. Et j'ai pris ce qui venait comme remplacements.	20%	13%	36%
Q11	Actuellement, quelle proposition se rapproche le plus de votre pratique du frottis ?			
Q11-1	Je le fais mais j'ai dû m'imposer.	7%	5%	11%
Q11-2	Je le fais car ça se fait dans le cabinet. Et c'est appréciable.	48%	59%	25%
Q11-3	Je le fais car ça se fait dans le cabinet. Mais ce n'est pas captivant.	4%	6%	0%
Q11-4	Je ne le fais pas. J'oriente vers mes confrères du cabinet.	12%	11%	14%
Q11-5	Je ne le fais pas. J'oriente vers le gynécologue.	22%	13%	43%
Q11-6	Je ne le fais pas. Mais il y a beaucoup de demandes des patientes.	7%	6%	7%
Q12	Disposez-vous du matériel nécessaire à la réalisation du frottis (pot de liquide, brosette, fiche de renseignements, table gynécologique) ?			
Q12-1	Oui. Le cabinet était déjà équipé.	56%	62%	43%
Q12-2	Oui. Mais c'est moi qui me le suis procuré.	9%	10%	7%
Q12-3	Non. Mais cela m'intéresse de savoir comment me le procurer.	15%	16%	14%
Q12-4	Non.	16%	11%	29%
Q12-5	Je ne sais pas.	3%	2%	7%
Q13	Est-ce un écueil pour proposer le frottis à ces patientes-là ?			
Q13-1	Non. Si je n'y arrive pas pour le geste ; je peux toujours passer la main.	45%	49%	36%
Q13-2	Non. Mais j'aimerais connaître des techniques pour m'aider à faire le geste chez ces patientes-là.	42%	41%	43%
Q13-3	Non. Mais peut-être qu'en fait je vérifie moins pour ces patientes-là.	8%	5%	14%
Q13-4	Oui. D'ailleurs je ne propose plus à personne.	5%	5%	7%
Q14	La densité de gynécologues autour de votre cabinet actuel influe-t-elle sur votre pratique du frottis ?			
Q14-1	Oui, la densité de gynécologues influe.	44%	48%	36%
Q14-2	Non, la densité de gynécologues n'influe pas.	56%	52%	64%

	TOTAL	Femmes	Hommes	
Q15	Actuellement, êtes-vous à l'aise avec l'interprétation d'un frottis anormal ou ASC-US ?			
Q15-1	Oui. J'ai les connaissances.	33%	33%	32%
Q15-2	Plus ou moins. Mais j'ai les outils pour y arriver.	53%	51%	57%
Q15-3	Je ne suis pas très à l'aise. J'aurais besoin de me former.	11%	13%	7%
Q15-4	Je suis mal à l'aise. Mes connaissances sont insuffisantes.	3%	3%	4%
Q16	En cas de frottis anormal, est-il facile pour vous d'adresser une patiente à un gynécologue pratiquant la colposcopie ?			
Q16-1	Oui. Je peux adresser facilement pour une colposcopie.	69%	70%	68%
Q16-2	Non. Mais ce n'est pas un problème car c'est rare d'avoir un frottis anormal.	13%	14%	11%
Q16-3	Non. Et c'est un problème.	18%	16%	21%
Q17	Enfin, quelle proposition se rapproche le plus de votre pratique actuelle du frottis ?			
Q17-1	Je suis à l'aise. J'ai une grosse activité de santé de la femme.	30%	38%	11%
Q17-2	Ce n'est pas compliqué. Mais je n'en fais pas assez.	45%	44%	46%
Q17-3	Je sais le faire mais ça ne m'intéresse pas. J'en fais de moins en moins.	8%	5%	14%
Q17-4	Ce n'est pas toujours évident de trouver le col. J'aborde le sujet mais je préfère passer la main pour le geste.	14%	10%	25%
Q17-5	Le suivi de la femme ne me passionne pas. J'évite d'aborder le sujet.	3%	3%	4%
Q18	Et vous personnellement, comment vous sentez-vous ?			
Q18-1	Je n'ai aucune difficulté insurmontable.	88%	97%	68%
Q18-2	J'ai une difficulté personnelle pour parler de l'intime.	4%	3%	7%
Q18-3	J'ai une difficulté de légitimité.	8%	0%	25%
Q18-4	J'ai un réel blocage personnel.	0%	0%	0%
Q19	Concernant les techniques communicationnelles pendant la consultation, quelles sont les étapes qui vous mettent en difficulté ? Choix multiple			
Q19-1	Préparer le geste (déshabillage ; préparation du matériel).	13%	14%	12%
Q19-2	Accompagner la patiente pendant le geste : expliquer ; rassurer.	7%	3%	18%
Q19-3	Annoncer le résultat et potentiellement une mauvaise nouvelle.	27%	31%	18%
Q19-4	Parler de sexualité (relation au(x) partenaire(s)).	19%	20%	15%
Q19-5	Aucune.	34%	33%	36%
Q20	En imaginant un système de soins qui s'affranchirait de cette loi, quelle est votre opinion sur le médecin généraliste et la pratique du suivi de la femme ?			
Q20-1	Tout médecin généraliste est à même de pratiquer le suivi de la femme. J'estime que cela fait partie de ses missions.	70%	70%	71%
Q20-2	C'est aussi une question de circonstances. La jeune génération de médecins généralistes doit s'adapter à la forte demande due au déficit de gynécologues.	24%	25%	21%
Q20-3	Ce n'est pas le rôle d'un médecin de famille de pratiquer ce suivi ; au-delà de l'aspect généraliste ou non. Car on peut aussi adresser ses patientes à un confrère généraliste pour ça.	3%	3%	4%
Q20-4	Le médecin généraliste n'est pas l'acteur privilégié pour ce suivi ; et ce n'est pas qu'une question relationnelle. Il n'a pas les qualités d'expertise du spécialiste pour cela.	2%	2%	4%
Q21	Et du point de vue des patientes, quel reste, selon vous, le principal écueil à la réalisation du frottis par le médecin généraliste ?			
Q21-1	C'est le médecin de famille. c'est embarrassant de se confier à quelqu'un qui suit son partenaire.	11%	11%	11%
Q21-2	C'est le médecin de famille. Il me connaît depuis mon enfance.	27%	33%	14%
Q21-3	Il n'est pas assez expérimenté.	14%	16%	11%
Q21-4	C'est un homme.	22%	13%	43%
Q21-5	C'est une femme.	1%	2%	0%
Q21-6	Aucun.	7%	6%	7%
Q21-7	Je ne sais pas.	18%	19%	14%
Q22	Êtes-vous en accord avec cette politique de santé publique ? Choix multiple			
Q22-1	Non ; car je trouve qu'il y a des enjeux de santé publique plus importants que ce dépistage.	2%	3%	0%
Q22-2	C'est important ; mais il faudrait plutôt insister sur la vaccination anti-HPV que sur le frottis.	17%	14%	21%
Q22-3	C'est important ; mais d'autres test comme le test HPV me semblent plus pertinents.	16%	16%	15%
Q22-4	Oui ; et le frottis est un test adéquat.	66%	67%	65%
Q23	Cela pourrait-il avoir un impact sur la part de vos patientes à jour de leur frottis ? Choix multiple			
Q23-1	Non ; je pratique déjà de façon suffisante le frottis	8%	13%	0%
Q23-2	Oui ; car les patientes sont plus impliquées.	68%	70%	65%
Q23-3	Oui ; je me sentirai obligé de m'y mettre.	11%	10%	14%
Q23-4	Non ; car je ne sais pas d'où viennent ces décisions.	2%	1%	3%
Q23-5	Oui ; mais il va encore falloir respecter des objectifs...	10%	6%	19%

Annexe 6 : Répartition des réponses selon la cohorte

		TOTAL	2009 - 2012	2013 - 2015
Q3	Quel est votre sexe ?			
Q3-1	Masculin	30%	32%	27%
Q3-2	Feminin	70%	68%	73%
Q4	Quel est votre type d'activité ?			
Q4-1	Installé en médecine générale	29%	44%	11%
Q4-2	Remplaçant régulier en médecine générale	37%	32%	44%
Q4-3	Remplaçant occasionnel en médecine générale	7%	2%	13%
Q4-4	Collaborateur d'un médecin généraliste	12%	12%	11%
Q4-5	Activité mixte : médecine générale et hospitalière	4%	0%	4%
Q4-6	Activité hospitalière exclusive	13%	11%	16%
Q6	Au cours des six derniers mois, quelle a été votre activité principale ?			
Q6-1	Majorité de soins programmés et quelques soins non programmés au cabinet.	91%	92%	92%
Q6-2	Majorité de soins non programmés (gardes ; sans RDV).	9%	8%	8%
Q7	Au cours des six derniers mois, avez-vous effectué des frottis ?			
Q7-1	Oui. Fréquemment dans la population cible.	34%	33%	37%
Q7-2	Oui. Mais plutôt à la demande des patientes ou en cas de consultation dédiée.	16%	16%	18%
Q7-3	Oui. Mais seulement dans des cabinets où tout est à disposition.	7%	4%	5%
Q7-4	Non. Je n'ai pas fait le geste mais je l'ai conseillé.	25%	22%	32%
Q7-5	Non. Cela ne fait pas partie de ma pratique.	18%	25%	8%
Q8	Pensez-vous que les patientes que vous suivez sont globalement à jour de leur frottis ?			
Q8-1	Oui, à jour.	66%	67%	68%
Q8-2	Non, pas à jour.	23%	27%	16%
Q8-3	Ne sait pas	11%	6%	16%
Q9	Actuellement, considérez-vous que la densité de gynécologues autour du cabinet où vous exercez soit suffisante pour mener à bien le suivi de santé des femmes ?			
Q9-1	Oui, suffisamment de gynécologues.	18%	16%	21%
Q9-2	Non, pas suffisamment de gynécologues.	82%	84%	79%
Q10	Pour vos premiers remplacements à l'issue de votre internat, étiez-vous à l'aise avec le frottis ?			
Q10-1	Oui. Et j'ai choisi les cabinets pour en faire.	21%	14%	29%
Q10-2	Oui. Mais j'ai pris ce qui venait comme remplacements.	42%	37%	47%
Q10-3	Non. Mais j'ai choisi des cabinets où on le pratiquait pour pouvoir m'exercer.	9%	8%	11%
Q10-4	Non. Et j'ai choisi des cabinets où l'on ne le pratiquait pas ; pour ne pas y être confronté.	9%	10%	8%
Q10-5	Non. Et j'ai pris ce qui venait comme remplacements.	20%	31%	5%
Q11	Actuellement, quelle proposition se rapproche le plus de votre pratique du frottis ?			
Q11-1	Je le fais mais j'ai dû m'imposer.	7%	6%	8%
Q11-2	Je le fais car ça se fait dans le cabinet. Et c'est appréciable.	48%	41%	58%
Q11-3	Je le fais car ça se fait dans le cabinet. Mais ce n'est pas captivant.	4%	6%	3%
Q11-4	Je ne le fais pas. J'oriente vers mes confrères du cabinet.	12%	10%	16%
Q11-5	Je ne le fais pas. J'oriente vers le gynécologue.	22%	29%	11%
Q11-6	Je ne le fais pas. Mais il y a beaucoup de demandes des patientes.	7%	8%	5%
Q12	Disposez-vous du matériel nécessaire à la réalisation du frottis (pot de liquide, brosse, fiche de renseignements, table gynécologique) ?			
Q12-1	Oui. Le cabinet était déjà équipé.	56%	49%	68%
Q12-2	Oui. Mais c'est moi qui me le suis procuré.	9%	10%	8%
Q12-3	Non. Mais cela m'intéresse de savoir comment me le procurer.	15%	18%	11%
Q12-4	Non.	16%	20%	13%
Q12-5	Je ne sais pas.	3%	4%	0%
Q13	Est-ce un écueil pour proposer le frottis à ces patientes-là ?			
Q13-1	Non. Si je n'y arrive pas pour le geste ; je peux toujours passer la main.	45%	47%	45%
Q13-2	Non. Mais j'aimerais connaître des techniques pour m'aider à faire le geste chez ces patientes-là.	42%	35%	50%
Q13-3	Non. Mais peut-être qu'en fait je vérifie moins pour ces patientes-là.	8%	10%	5%
Q13-4	Oui. D'ailleurs je ne propose plus à personne.	5%	8%	0%
Q14	La densité de gynécologues autour de votre cabinet actuel influe-t-elle sur votre pratique du frottis ?			
Q14-1	Oui, la densité de gynécologues influe.	44%	43%	45%
Q14-2	Non, la densité de gynécologues n'influe pas.	56%	57%	55%

	TOTAL	2009 - 2012	2013 - 2015
Q15 Actuellement, êtes-vous à l'aise avec l'interprétation d'un frottis anormal ou ASC-US ?			
Q15-1 Oui. J'ai les connaissances.	33%	35%	32%
Q15-2 Plus ou moins. Mais j'ai les outils pour y arriver.	53%	49%	61%
Q15-3 Je ne suis pas très à l'aise. J'aurais besoin de me former.	11%	10%	8%
Q15-4 Je suis mal à l'aise. Mes connaissances sont insuffisantes.	3%	6%	0%
Q16 En cas de frottis anormal, est-il facile pour vous d'adresser une patiente à un gynécologue pratiquant la colposcopie ?			
Q16-1 Oui. Je peux adresser facilement pour une colposcopie.	69%	75%	66%
Q16-2 Non. Mais ce n'est pas un problème car c'est rare d'avoir un frottis anormal.	13%	10%	16%
Q16-3 Non. Et c'est un problème.	18%	16%	18%
Q17 Finalement, quelle proposition se rapproche le plus de votre pratique actuelle du frottis ?			
Q17-1 Je suis à l'aise. J'ai une grosse activité de santé de la femme.	30%	29%	29%
Q17-2 Ce n'est pas compliqué. Mais je n'en fais pas assez.	45%	37%	58%
Q17-3 Je sais le faire mais ça ne m'intéresse pas. J'en fais de moins en moins.	8%	14%	0%
Q17-4 Ce n'est pas toujours évident de trouver le col. J'aborde le sujet mais je préfère passer la main pour le geste.	14%	16%	11%
Q17-5 Le suivi de la femme ne me passionne pas. J'évite d'aborder le sujet.	3%	4%	3%
Q18 Et vous personnellement, comment vous sentez-vous ?			
Q18-1 Je n'ai aucune difficulté insurmontable.	88%	88%	89%
Q18-2 J'ai une difficulté personnelle pour parler de l'intime.	4%	4%	3%
Q18-3 J'ai une difficulté de légitimité.	8%	8%	8%
Q18-4 J'ai un réel blocage personnel.	0%	0%	0%
Q19 Concernant les techniques communicationnelles pendant la consultation, quelles sont les étapes qui vous mettent en difficulté ? Choix multiple			
Q19-1 Préparer le geste (déshabillage ; préparation du matériel).	13%	19%	8%
Q19-2 Accompagner la patiente pendant le geste : expliquer ; rassurer.	7%	7%	6%
Q19-3 Annoncer le résultat et potentiellement une mauvaise nouvelle.	27%	24%	33%
Q19-4 Parler de sexualité (relation au(x) partenaire(s)).	19%	14%	22%
Q19-5 Aucune.	34%	37%	31%
Q20 En imaginant un système de soins qui s'affranchirait de cette loi, quelle est votre opinion sur le médecin généraliste et la pratique du suivi de la femme ?			
Q20-1 Tout médecin généraliste est à même de pratiquer le suivi de la femme. J'estime que cela fait partie de ses missions.	70%	73%	68%
Q20-2 C'est aussi une question de circonstances. La jeune génération de médecins généralistes doit s'adapter à la forte demande due au déficit de gynécologues.	24%	24%	24%
Q20-3 Ce n'est pas le rôle d'un médecin de famille de pratiquer ce suivi ; au-delà de l'aspect généraliste ou non. Car on peut aussi adresser ses patientes à un confrère généraliste pour ça.	3%	2%	5%
Q20-4 Le médecin généraliste n'est pas l'acteur privilégié pour ce suivi ; et ce n'est pas qu'une question relationnelle. Il n'a pas les qualités d'expertise du spécialiste pour cela.	2%	2%	3%
Q21 Et du point de vue des patientes, quel reste, selon vous, le principal écueil à la réalisation du frottis par le médecin généraliste ?			
Q21-1 C'est le médecin de famille. c'est embarrassant de se confier à quelqu'un qui suit son partenaire.	11%	12%	8%
Q21-2 C'est le médecin de famille. Il me connaît depuis mon enfance.	27%	29%	24%
Q21-3 Il n'est pas assez expérimenté.	14%	12%	18%
Q21-4 C'est un homme.	22%	25%	18%
Q21-5 C'est une femme.	1%	0%	3%
Q21-6 Aucun.	7%	8%	5%
Q21-7 Je ne sais pas.	18%	14%	24%
Q22 Etes-vous en accord avec cette politique de santé publique ? Choix multiple			
Q22-1 Non ; car je trouve qu'il y a des enjeux de santé publique plus importants que ce dépistage.	2%	0%	2%
Q22-2 C'est important ; mais il faudrait plutôt insister sur la vaccination anti-HPV que sur le frottis.	17%	14%	20%
Q22-3 C'est important ; mais d'autres test comme le test HPV me semblent plus pertinents.	16%	16%	14%
Q22-4 Oui ; et le frottis est un test adéquat.	66%	70%	64%
Q23 Cela pourrait-il avoir un impact sur la part de vos patientes à jour de leur frottis ? Choix multiple			
Q23-1 Non ; je pratique déjà de façon suffisante le frottis	8%	5%	11%
Q23-2 Oui ; car les patientes sont plus impliquées.	68%	70%	69%
Q23-3 Oui ; je me sentirai obligé de m'y mettre.	11%	8%	13%
Q23-4 Non ; car je ne sais pas d'où viennent ces décisions.	2%	3%	0%
Q23-5 Oui ; mais il va encore falloir respecter des objectifs...	10%	13%	7%

Annexe 7 : Répartition des réponses selon le type d'activité

		TOTAL	Installé	Remplaçant R	Remplaçant O	Collaborateur
Q3	Quel est votre sexe ?					
Q3-1	Masculin	30%	37%	29%	14%	33%
Q3-2	Feminin	70%	63%	71%	86%	67%
Q4	Quel est votre type d'activité ?					
Q4-1	Installé en médecine générale	29%	100%			
Q4-2	Remplaçant régulier en médecine générale	37%		100%		
Q4-3	Remplaçant occasionnel en médecine générale	7%			100%	
Q4-4	Collaborateur d'un médecin généraliste	12%				100%
Q4-5	Activité mixte : médecine générale et hospitalière	4%				
Q4-6	Activité hospitalière exclusive	13%				
Q6	Au cours des six derniers mois, quelle a été votre activité principale ?					
Q6-1	Majorité de soins programmés et quelques soins non programmés au cabinet.	91%	93%	95%	71%	100%
Q6-2	Majorité de soins non programmés (gardes ; sans RDV).	9%	7%	5%	29%	0%
Q7	Au cours des six derniers mois, avez-vous effectué des frottis ?					
Q7-1	Oui. Fréquemment dans la population cible.	34%	53%	32%	0%	25%
Q7-2	Oui. Mais plutôt à la demande des patientes ou en cas de consultation dédiée.	16%	10%	18%	43%	17%
Q7-3	Oui. Mais seulement dans des cabinets où tout est à disposition.	7%	3%	8%	0%	0%
Q7-4	Non. Je n'ai pas fait le geste mais je l'ai conseillé.	25%	13%	29%	43%	33%
Q7-5	Non. Cela ne fait pas partie de ma pratique.	18%	20%	13%	14%	25%
Q8	Pensez-vous que les patientes que vous suivez sont globalement à jour de leur frottis ?					
Q8-1	Oui, à jour.	66%	73%	68%	43%	75%
Q8-2	Non, pas à jour.	23%	20%	21%	29%	25%
Q8-3	Ne sait pas	11%	7%	11%	29%	0%
Q9	Actuellement, considérez-vous que la densité de gynécologues autour du cabinet où vous exercez soit suffisante pour mener à bien le suivi de santé des femmes ?					
Q9-1	Oui, suffisamment de gynécologues.	18%	20%	21%	29%	0%
Q9-2	Non, pas suffisamment de gynécologues.	82%	80%	79%	71%	100%
Q10	Pour vos premiers remplacements à l'issue de votre internat, étiez-vous à l'aise avec le frottis ?					
Q10-1	Oui. Et j'ai choisi les cabinets pour en faire.	21%	17%	24%	29%	17%
Q10-2	Oui. Mais j'ai pris ce qui venait comme remplacements.	42%	33%	42%	71%	42%
Q10-3	Non. Mais j'ai choisi des cabinets où on le pratiquait pour pouvoir m'exercer.	9%	13%	11%	0%	0%
Q10-4	Non. Et j'ai choisi des cabinets où l'on ne le pratiquait pas ; pour ne pas y être confronté.	9%	13%	8%	0%	0%
Q10-5	Non. Et j'ai pris ce qui venait comme remplacements.	20%	23%	16%	0%	42%
Q11	Actuellement, quelle proposition se rapproche le plus de votre pratique du frottis ?					
Q11-1	Je le fais mais j'ai dû m'imposer.	7%	10%	5%	0%	8%
Q11-2	Je le fais car ça se fait dans le cabinet. Et c'est appréciable.	48%	50%	50%	57%	33%
Q11-3	Je le fais car ça se fait dans le cabinet. Mais ce n'est pas captivant.	4%	7%	5%	0%	0%
Q11-4	Je ne le fais pas. J'oriente vers mes confrères du cabinet.	12%	0%	18%	0%	25%
Q11-5	Je ne le fais pas. J'oriente vers le gynécologue.	22%	27%	21%	14%	17%
Q11-6	Je ne le fais pas. Mais il y a beaucoup de demandes des patientes.	7%	7%	0%	29%	17%
Q12	Disposez-vous du matériel nécessaire à la réalisation du frottis (pot de liquide, brosse, fiche de renseignements, table gynécologique) ?					
Q12-1	Oui. Le cabinet était déjà équipé.	56%	47%	68%	57%	50%
Q12-2	Oui. Mais c'est moi qui me le suis procuré.	9%	27%	0%	0%	0%
Q12-3	Non. Mais cela m'intéresse de savoir comment me le procurer.	15%	10%	18%	0%	17%
Q12-4	Non.	16%	10%	13%	43%	33%
Q12-5	Je ne sais pas.	3%	7%	0%	0%	0%
Q13	Est-ce un écueil pour proposer le frottis à ces patientes-là ?					
Q13-1	Non. Si je n'y arrive pas pour le geste ; je peux toujours passer la main.	45%	47%	45%	43%	50%
Q13-2	Non. Mais j'aimerais connaître des techniques pour m'aider à faire le geste chez ces patientes-là.	42%	33%	45%	57%	42%
Q13-3	Non. Mais peut-être qu'en fait je vérifie moins pour ces patientes-là.	8%	13%	8%	0%	0%
Q13-4	Oui. D'ailleurs je ne propose plus à personne.	5%	7%	3%	0%	8%
Q14	La densité de gynécologues autour de votre cabinet actuel influe-t-elle sur votre pratique du frottis ?					
Q14-1	Oui, la densité de gynécologues influe.	44%	53%	39%	43%	25%
Q14-2	Non, la densité de gynécologues n'influe pas.	56%	47%	61%	57%	75%

	TOTAL	Installé	Remplaçant R	Remplaçant O	Collaborateur	
Q15	Actuellement, êtes-vous à l'aise avec l'interprétation d'un frottis anormal ou ASC-US ?					
Q15-1	Oui. J'ai les connaissances.	33%	47%	24%	43%	33%
Q15-2	Plus ou moins. Mais j'ai les outils pour y arriver.	53%	37%	66%	57%	50%
Q15-3	Je ne suis pas très à l'aise. J'aurais besoin de me former.	11%	13%	5%	0%	17%
Q15-4	Je suis mal à l'aise. Mes connaissances sont insuffisantes.	3%	3%	5%	0%	0%
Q16	En cas de frottis anormal, est-il facile pour vous d'adresser une patiente à un gynécologue pratiquant la coloscopie ?					
Q16-1	Oui. Je peux adresser facilement pour une coloscopie.	69%	83%	63%	86%	50%
Q16-2	Non. Mais ce n'est pas un problème car c'est rare d'avoir un frottis anormal.	13%	13%	13%	0%	17%
Q16-3	Non. Et c'est un problème.	18%	3%	24%	14%	33%
Q17	Enfinement, quelle proposition se rapproche le plus de votre pratique actuelle du frottis ?					
Q17-1	Je suis à l'aise. J'ai une grosse activité de santé de la femme.	30%	40%	29%	0%	25%
Q17-2	Ce n'est pas compliqué. Mais je n'en fais pas assez.	45%	37%	47%	100%	33%
Q17-3	Je sais le faire mais ça ne m'intéresse pas. J'en fais de moins en moins.	8%	3%	11%	0%	17%
Q17-4	Ce n'est pas toujours évident de trouver le col. J'aborde le sujet mais je préfère passer la main pour le geste.	14%	17%	8%	0%	25%
Q17-5	Le suivi de la femme ne me passionne pas. J'évite d'aborder le sujet.	3%	3%	5%	0%	0%
Q18	Et vous personnellement, comment vous sentez-vous ?					
Q18-1	Je n'ai aucune difficulté insurmontable.	88%	90%	84%	100%	92%
Q18-2	J'ai une difficulté personnelle pour parler de l'intime.	4%	3%	5%	0%	0%
Q18-3	J'ai une difficulté de légitimité.	8%	7%	11%	0%	8%
Q18-4	J'ai un réel blocage personnel.	0%	0%	0%	0%	0%
Q19	Concernant les techniques communicationnelles pendant la consultation, quelles sont les étapes qui vous mettent en difficulté ? Choix multiple					
Q19-1	Préparer le geste (déshabillage ; préparation du matériel).	13%	16%	5%	22%	21%
Q19-2	Accompagner la patiente pendant le geste : expliquer ; rassurer.	7%	8%	7%	0%	7%
Q19-3	Annoncer le résultat et potentiellement une mauvaise nouvelle.	27%	26%	36%	22%	14%
Q19-4	Parler de sexualité (relation au(x) partenaire(s)).	19%	16%	16%	11%	21%
Q19-5	Aucune.	34%	34%	36%	44%	36%
Q20	En imaginant un système de soins qui s'affranchirait de cette loi, quelle est votre opinion sur le médecin généraliste et la pratique du suivi de la femme ?					
Q20-1	Tout médecin généraliste est à même de pratiquer le suivi de la femme. J'estime que cela fait partie de ses missions.	70%	73%	68%	71%	67%
Q20-2	C'est aussi une question de circonstances. La jeune génération de médecins généralistes doit s'adapter à la forte demande due au déficit de gynécologues.	24%	20%	24%	29%	33%
Q20-3	Ce n'est pas le rôle d'un médecin de famille de pratiquer ce suivi ; au-delà de l'aspect généraliste ou non. Car on peut aussi adresser ses patientes à un confrère généraliste pour ça.	3%	3%	5%	0%	0%
Q20-4	Le médecin généraliste n'est pas l'acteur privilégié pour ce suivi ; et ce n'est pas qu'une question relationnelle. Il n'a pas les qualités d'expertise du spécialiste pour cela.	2%	3%	3%	0%	0%
Q21	Et du point de vue des patientes, quel reste, selon vous, le principal écueil à la réalisation du frottis par le médecin généraliste ?					
Q21-1	C'est le médecin de famille. c'est embarrassant de se confier à quelqu'un qui suit son partenaire.	11%	10%	11%	0%	8%
Q21-2	C'est le médecin de famille. Il me connaît depuis mon enfance.	27%	23%	32%	14%	33%
Q21-3	Il n'est pas assez expérimenté.	14%	13%	16%	14%	8%
Q21-4	C'est un homme.	22%	27%	18%	0%	42%
Q21-5	C'est une femme.	1%	0%	3%	0%	0%
Q21-6	Aucun.	7%	13%	3%	14%	0%
Q21-7	Je ne sais pas.	18%	13%	18%	57%	8%
Q22	Êtes-vous en accord avec cette politique de santé publique ? Choix multiple					
Q22-1	Non ; car je trouve qu'il y a des enjeux de santé publique plus importants que ce dépistage.	2%	0%	3%	0%	0%
Q22-2	C'est important ; mais il faudrait plutôt insister sur la vaccination anti-HPV que sur le frottis.	17%	17%	15%	13%	20%
Q22-3	C'est important ; mais d'autres test comme le test HPV me semblent plus pertinents.	16%	19%	10%	13%	13%
Q22-4	Oui ; et le frottis est un test adéquat.	66%	64%	73%	75%	67%
Q23	Cela pourrait-il avoir un impact sur la part de vos patientes à jour de leur frottis ? Choix multiple					
Q23-1	Non ; je pratique déjà de façon suffisante le frottis	8%	9%	6%	0%	14%
Q23-2	Oui ; car les patientes sont plus impliquées.	68%	74%	66%	100%	57%
Q23-3	Oui ; je me sentirai obligé de m'y mettre.	11%	3%	17%	0%	7%
Q23-4	Non ; car je ne sais pas d'où viennent ces décisions.	2%	0%	2%	0%	7%
Q23-5	Oui ; mais il va encore falloir respecter des objectifs...	10%	15%	9%	0%	14%

Soutenance à Créteil

YEAR : 2020
LAST NAME AND SURNAME OF THE AUTHOR : Henriot Solenne
THESIS DIRECTORS : Bercier Sandrine and Bardes Julia
<p>THESIS TITLE : Quantitative analysis of the implementation and the difficulties relative to the cervical cancer screening performed by young general practitioners</p> <p>SUMMARY : Prevention and screening are parts of the duties of a general practitioner, notably for the cervical cancer screening. However, sole 10% of the cervical smear are doc by general practitioners. The aim of this study is to evaluate the difficulties of the young general practitioners relative to their practice of the smear.</p> <p>The study is quantitative, observational descriptive as well as transversal. A self-assessment questionnaire has been provided via email to the resident practitioners being general practitioners who took part to the ECN examination between 2009 and 2015 and who are depending on Créteil faculty.</p> <p>In total, 95% of the practitioners interrogated considered that practicing women follow-up was part of the duties of the general practitioners. 86% of them considered to be comfortable with their biomedical knowledge. Nevertheless, 66% of them considered having communication difficulties during the consultation and 34% of them did not have the required material to practice smears. Masculine practitioners practice less cervical smears (36% versus 70% of the feminine practitioners). The youngest cohorts finishing the internship were more comfortable with cervical smears (78%) in comparison with the older cohorts (51%). This significative difference was not found for the practice of the cervical smears. This study enabled to identify 4 profile types of practitioners according to their practice ant to determine their respective issues.</p> <p>A similar study at a regional level would be interesting. Providing a training or assistance to the practitioners according to their practice and according to their difficulties would enable to meet their need in a more targeted manner.</p>
<p>KEY WORDS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mass screening - uterine cervical neoplasms - general practitioners - vaginal smears - education medical continuing
<p>UNIVERSITY ADRESS : 8, rue du Général SARRAIL</p> <p>94010 CRÉTEIL CEDEX</p>

ANNÉE :	2020
NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR :	Henriot Solenne
DIRECTRICE DE THÈSE :	Bercier Sandrine et Bardes Julia
TITRE DE LA THÈSE :	Analyse quantitative de la réalisation et des difficultés inhérentes au dépistage du cancer du col de l'utérus par les jeunes médecins généralistes
RÉSUMÉ :	<p>La prévention et le dépistage font partie des missions du médecin généraliste, notamment pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Or, seulement 10% des FCU sont réalisés par des médecins généralistes. L'objectif de cette étude était d'évaluer les difficultés des jeunes médecins généralistes dans leur pratique du FCU.</p> <p>Il s'agit d'une étude quantitative, observationnelle, descriptive et transversale. Un auto-questionnaire a été envoyé de façon électronique aux anciens internes du département de médecine générale de Créteil (ECN 2009 à 2015).</p> <p>Au total, 95% des médecins interrogés considéraient qu'effectuer le suivi de la femme faisait partie des missions du médecin généraliste. Ils étaient 86% à être plutôt à l'aise avec leurs connaissances biomédicales dans le domaine. Mais 66% ressentaient un frein communicationnel à un stade ou à un autre de la consultation et 34% n'avaient pas le matériel nécessaire à la pratique du FCU. Les médecins de genre masculin pratiquaient moins le FCU (36% contre 70% des médecins de genre féminin). Les cohortes les plus jeunes étaient plus à l'aise (78%) avec le FCU à l'issue de l'internat que les plus anciennes (51%). Cette différence significative n'a pas été retrouvée pour la pratique actuelle du FCU. Cette étude a également permis d'identifier 4 types de profils de médecins selon leurs pratiques et de déterminer leurs difficultés propres.</p> <p>Une étude similaire au niveau régional ou national serait intéressante. Fournir une formation ou une aide adaptée aux médecins selon leur type de pratiques et donc selon leurs difficultés permettrait de répondre à leurs besoins de façon plus ciblée.</p>
MOTS CLÉS :	<ul style="list-style-type: none">- dépistage de masse- tumeurs du col de l'utérus- médecins généralistes- frottis vaginaux- formation médicale continue
ADRESSE DE L'UFR :	8, rue du Général SARRAIL 94010 CRÉTEIL CEDEX