



HAL
open science

Étude de la place des médecins généralistes dans la réalisation du dépistage du cancer du col de l'utérus en Franche-Comté

Ameline Benard

► **To cite this version:**

Ameline Benard. Étude de la place des médecins généralistes dans la réalisation du dépistage du cancer du col de l'utérus en Franche-Comté. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04193704

HAL Id: dumas-04193704

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04193704>

Submitted on 1 Sep 2023

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

ANNEE 2023 - N° 23 – 072

Étude de la place des médecins généralistes dans la réalisation du dépistage du cancer du col de l'utérus en Franche-Comté.

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement

Le 14 septembre 2023 à 15 h 30

Pour obtenir le Diplôme d'État de

DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Ameline BENARD

Née le 29 mars 1995 à Beuvry, Pas de Calais (62), France

La composition du jury est la suivante :

Président :	Rajeev RAMANAH	Professeur des Universités
Directrice de thèse :	Camille NALLET	Chef de Clinique
Juges :	Jean Luc PRETET	Professeur des Universités
	Jean Michel PERROT	Professeur Associé
	Anne Sarah THOLOZAN-JUNIAT	Praticien Hospitalier
	Pauline AVENTINO	Chef de clinique

ANNEE 2023 - N° 23 – 072

Étude de la place des médecins généralistes dans la réalisation du dépistage du cancer du col de l'utérus en Franche-Comté.

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement

Le 14 septembre 2023 à 15 h 30

Pour obtenir le Diplôme d'État de

DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Ameline BENARD

Née le 29 mars 1995 à Beuvry, Pas de Calais (62), France

La composition du jury est la suivante :

Président :	Rajeev RAMANAH	Professeur des Universités
Directrice de thèse :	Camille NALLET	Chef de Clinique
Juges :	Jean Luc PRETET	Professeur des Universités
	Jean Michel PERROT	Professeur Associé
	Anne Sarah THOLOZAN-JUNIAT	Praticien Hospitalier
	Pauline AVENTINO	Chef de clinique

UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ
U.F.R. SCIENCES DE LA SANTE
BESANÇON

DIRECTEUR **P PROFESSEUR THIERRY MOULIN**

DIRECTEURS ADJOINTS **PROFESSEUR XAVIER BERTRAND** DOYEN PHARMACIE
PROFESSEUR EMMANUEL HAFFEN DIRECTEUR DES ÉTUDES

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE **MME CAROLE COINTEAU**

DÉPARTEMENT MÉDECINE

PROFESSEUR Emmanuel HAFFEN DIRECTEUR DES ÉTUDES
PROFESSEUR JEAN-PAUL FEUGEAS ASSESSEUR 1ER CYCLE
PROFESSEUR MARIE-FRANCE SERONDE ASSESSEURS 2ÈME CYCLE
PROFESSEUR CATHERINE CHIROUZE ASSESSEURS 3ÈME CYCLE
PROFESSEUR THIBAUT DESMETTRE COORDINATEUR MÉDECINE
PROFESSEUR BENOIT DE BILLY COORDINATEUR CHIRURGIE
PROFESSEUR JEAN-MICHEL PERROT COORDINATEUR MÉDECINE GÉNÉRALE

DÉPARTEMENT PHARMACIE

PROFESSEUR XAVIER BERTRAND DOYEN PHARMACIE
PROFESSEUR LHASSANE ISMAILI DIRECTEUR DES ÉTUDES
PROFESSEUR SAMUEL LIMAT COORDINATEURS 3È CYCLE
PROFESSEUR VIRGINIE NERICH

DÉPARTEMENT MAÏEUTIQUE

BÉATRICE LIEGEON VAN EIS (SAGE-FEMME) COORDINATEURS PÉDAGOGIQUES
STÉPHANIE PARIS (SAGE-FEMME)
DOCTEUR NICOLAS MOTTET (MCU-PH)

DÉPARTEMENT ODONTOLOGIE (PROVISOIRE)

DOCTEUR EDOUARD EUVRARD (PAST) COORDINATEURS PÉDAGOGIQUES
PROFESSEUR CHRISTOPHE MEYER

DÉPARTEMENT SCIENCES DES MÉTIERS DE LA RÉÉDUCATION : ORTHOPHONIE

ALAIN DEVEVEY (MCF) COORDINATEURS PÉDAGOGIQUES
PROFESSEUR ELOI MAGNIN

DÉPARTEMENT SCIENCES DES MÉTIERS DE LA RÉÉDUCATION : KINÉSITHÉRAPIE

CHRISTOPHE DINET (KINÉSITHÉRAPIE - BESANÇON) COORDINATEURS PÉDAGOGIQUES
ALEXANDRE KUBICKI (KINÉSITHÉRAPIE - MONTBÉLAIRD) (MCF)
DOCTEUR PIERRE DECAVEL (MCU-PH)

DÉPARTEMENT SCIENCES DES MÉTIERS DE LA RÉÉDUCATION : ERGOTHÉRAPIE/PSYCHOMOTRICITE

GAELE BLERVAQUE (MAST)	COORDINATRICES PÉDAGOGIQUES
JULIE LAPREVOTTE (MAST)	

DÉPARTEMENT SCIENCES INFIRMIERES

ALINE CHASSAGNE (MAST)	COORDINATEURS PÉDAGOGIQUES
CHRISTINE MEYER (SOINS INFIRMIÈRS IFSI)	
DOCTEUR ANTOINE THIERY-VUILLEMIN (MCU-PH)	
PROFESSEUR FABRICE VUILLIER	

DÉPARTEMENT DE PÉDAGOGIE

PROFESSEUR CLÉMENT PRATI	RESPONSABLE
PROFESSEUR SÉBASTIEN PILI-FLOURY	CENTRE DE SIMULATION
PROFESSEUR BENOIT DINET	
DOCTEUR FRANK VERHOEVEN	
STÉPHANIE PARIS (MAÏEUTIQUE)	
MARC PUDLO (PHARMACIE)	
ALAIN DEVEVEY (RÉÉDUCATION)	
VÉRONIQUE GRATTARD (RÉÉDUCATION)	
LAURENCE GANDON (INFIRMIER)	

RELATIONS HUMAINES DE L'UFR

PROFESSEUR SYLVIE NEZELOF	ASSESEUR
---------------------------	----------

COMMISSION SCIENTIFIQUE DE L'UFR

PROFESSEUR VIRGINIE WESTEEL	ASSESEUR RECHERCHE - PRÉSIDENTE
PROFESSEUR FRÉDÉRIC AUBER	VICE-PRÉSIDENT

CHARGÉS DE MISSIONS

<i>FORMATION CONTINUE</i>	PROFESSEUR RÉGIS AUBRY	COORDINATEURS
	MME SYLVIE DEVAUX (MCF)	

<i>HISTOIRE DE LA MÉDECINE</i>	PROFESSEUR LAURENT TATU	COORDINATEURS
	DOCTEUR PHILIPPE MERCET	

<i>RELATIONS INTERNATIONALES</i>	PROFESSEUR KATY JEANNOT	COORDINATEURS
	DOCTEUR SOPHIE BOROT (MCU-PH)	

	DOCTEUR OLEG BLAGOSKLONOV (MCU-PH)	
--	------------------------------------	--

<i>ALUMNI-USB</i>	PROFESSEUR GILLES CAPELLIER	COORDINATEUR
-------------------	-----------------------------	--------------

	PROFESSEUR GABRIEL CAMELOT (EMERITE)	PRÉSIDENT HONORAIRE
--	--------------------------------------	---------------------

MÉDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Olivier	ADOTEVI	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	AUBER	CHIRURGIE INFANTILE
M.	François	AUBIN	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
M.	Sébastien	AUBRY	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE (DISPONIBILITE)
M.	Jamal	BAMOULID	IMMUNOLOGIE
Mme	Cindy	BARNIG	PNEUMOLOGIE
Mme	Djamila	BENNABI	PSYCHIATRIE ADULTES
M.	Guillaume	BESCH	ANESTHESIE REANIMATION
M.	Frédéric	BIBEAU	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
Mme	Alessandra	BIONDI	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Christophe	BORG	CANCÉROLOGIE
M.	Hatem	BOULAHDOUR	BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE
M	Gilles	CAPELLIER	MÉDECINE INTENSIVE RÉANIMATION
Mme	Catherine	CHIROUZE	MALADIES INFECTIEUSES
M.	Romain	CHOPARD	CARDIOLOGIE
M	Sidney	CHOCRON	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
Mme	Cécile	COURIVAUD	NÉPHROLOGIE
M.	Siamak	DAVANI	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
M.	Benoît	DE BILLY	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Eric	DECONINCK	HÉMATOLOGIE
M	Eric	DELABROUSSE	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Thibaut	DESMETTRE	MÉDECINE D'URGENCE
M.	Vincent	DI MARTINO	HÉPATOLOGIE
M.	Didier	DUCLOUX	NÉPHROLOGIE
M.	Jean-Paul	FEUGEAS	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
M	Patrick	GARBUIO	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Emmanuel	HAFFEN	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M.	Georges	HERBEIN	VIROLOGIE
M.	Bruno	HEYD	CHIRURGIE GÉNÉRALE
M.	Didier	HOCQUET	HYGIÈNE HOSPITALIÈRE
Mme	Katy	JEANNOT	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M	François	KLEINCLAUSS	UROLOGIE
M.	Paul	KUENTZ	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGÉNÉTIQUE
M.	Zaher	LAKKIS	CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE
M.	Daniel	LEPAGE	ANATOMIE
M.	Eloi	MAGNIN	NEUROLOGIE
Mme	Nadine	MAGY-BERTRAND	MEDECINE INTERNE
M.	Frédéric	MAUNY	BIostatistiques, INFORMATIQUE MÉDICALE
M.	Nicolas	MENEVEAU	CARDIOLOGIE
M.	Christophe	MEYER	CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET STOMATOLOGIE
M.	Fabrice	MICHEL	MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION (DISPONIBILITE)
Mme	Laurence	MILLON	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
Mme	Elisabeth	MONNET	ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION

(RETRAITE LE 01/11/22)

M.	Thierry	MOULIN	NEUROLOGIE
Mme	Sylvie	NEZELOF	PÉDOPSYCHIATRIE
M	Laurent	OBERT	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Andréas	PERROTTI	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
M.	Sébastien	PILI-FLOURY	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	Gaël	PITON	MÉDECINE INTENSIVE RÉANIMATION
M.	Clément	PRATI	RHUMATOLOGIE
M	Jean-Luc	PRETET	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Rajeev	RAMANAH	GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
M.	Simon	RINCKENBACH	CHIRURGIE VASCULAIRE
M.	Christophe	ROUX	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M	Emmanuel	SAMAIN	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	François	SCHIELE	CARDIOLOGIE
Mme	Marie-France	SERONDE	CARDIOLOGIE
M	Laurent	TATU	ANATOMIE
M.	Laurent	TAVERNIER	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
M.	Thierry	THEVENOT	HÉPATOLOGIE
M.	Laurent	THINES	NEUROCHIRURGIE
M.	Gérard	THIRIEZ	PÉDIATRIE
M.	Antoine	TRACQUI	MÉDECINE LÉGALE
M.	Pierre	TIBERGHIE	IMMUNOLOGIE
M.	Eric	TOUSSIROT	THÉRAPEUTIQUE
M.	Pierre	VANDEL	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M.	Fabrice	VUILLIER	ANATOMIE
Mme	Lauriane	VULLIEZ COADY	PEDO-PSYCHIATRIE
Mme	Lucine	VUITTON	GASTRO-ENTÉROLOGIE
M.	Daniel	WENDLING	RHUMATOLOGIE
Mme	Virginie	WESTEEL-KAULEK	PNEUMOLOGIE

PROFESSEURS EMÉRITES

M.	Jean-Luc	BRESSON	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Jean-Luc	CHOPARD	MÉDECINE LÉGALE
M.	Alain	CZORNY	NEUROCHIRURGIE
M.	Bernard	DELBOSC	OPHTALMOLOGIE
M.	Gilles	DUMOULIN	PHYSIOLOGIE
M.	Dominique	FELLMANN	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
M.	Georges	MANTION	CHIRURGIE GÉNÉRALE
Mme	Christiane	MOUGIN	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Bernard	PARRATTE	ANATOMIE
M.	Patrick	PLESIAT	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Daniel	SECHTER	PSYCHIATRIE D'ADULTES
Mme	Dominique	VUITTON	IMMUNOLOGIE

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	Clotilde	AMIOT	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGÉNÉTIQUE
Mme	Anne-Pauline	BELLANGER	PARASITOLOGIE

M.	Matthieu	BEREAU	THÉRAPEUTIQUE
Mme	Sophie	BOROT	ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE ET MALADIES MÉTABOLIQUES
Mme	Malika	BOUHADDI	PHYSIOLOGIE
M.	Kévin	BOUILLER	MALADIES INFECTIEUSES (DÉLÉGATION MISSION D'ÉTUDE)
M.	Yann	CHAUSSY	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Alain	COAQUETTE	VIROLOGIE
Mme	Elsa	CURTIT	CANCÉROLOGIE
M.	Etienne	DAGUINDAU	HEMATOLOGIE
M.	Maxime	DESMARETS	EPIDEMIOLOGIE, ÉCONOMISE DE LA SANTE ET PREVENTION
Mme	Anne-Sophie	GAUTHIER	OPHTALMOLOGIE
M.	Quentin	LEPILLER	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE, HYGIENE HOSPITALIERE
M.	François	LOISEL	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
Mme	Elisabeth	MEDEIROS	NEUROLOGIE
M.	Nicolas	MOTTET	GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE
M	Patrice	MURET	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
Mme	Charlée	NARDIN	DERMATOLOGIE
M.	Fabien	PELLETIER	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
Mme	Isabelle	PLUVY	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHÉTIQUE (DÉLÉGATION MISSION D'ÉTUDE)
Mme	Anaïs	POTRON	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
Mme	Lucie	SALOMON DU MONT	CHIRURGIE VASCULAIRE
M.	Antoine	THIERY-VUILLEMIN	CANCÉROLOGIE
M.	Frank	VERHOEVEN	RHUMATOLOGIE
Mme.	Delphine	WEIL- VERHOEVEN	HEPATOLOGIE

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M.	Régis	AUBRY	PR associé THÉRAPEUTIQUE
M.	Rémi	BARDET	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Francis	BERTHIER	PR associé ANESTHÉSIE-RÉANIMATION
Mme	Anne-Lise	BOLOT	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Benoit	DINET	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Edouard	EUVRARD	PR associé CHIRURGIE ORALE (ODONTOLOGIE)
M.	Chong Hun Stephano	KIM	PR associé ONCOLOGIE
Mme	Aurore	LEBEAU-JEUNET	MCF ASSOCIE MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Thierry	LEPETZ	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	José-Philippe	MORENO	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Jean-Michel	PERROT	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Thomas	RODRIGUEZ	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
Mme	Esther	SZWARC	MCF associé SANTÉ AU TRAVAIL
Mme	Anne-Lise	TREMEAU	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE

PHARMACIE

PROFESSEURS

M.	Xavier	BERTRAND	MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE
Mme	Céline	DEMOUGEOT	PHARMACOLOGIE
Mme	Francine	GARNACHE-OTTOU	HÉMATOLOGIE

Mme	Corine	GIRARD	PHARMACOGNOSIE
M.	Yann	GODET	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	GRENOUILLET	PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE
M.	Yves	GUILLAUME	CHIMIE ANALYTIQUE
M.	Lhassane	ISMAILI	CHIMIE ORGANIQUE
M.	Samuel	LIMAT	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Frédéric	LIRUSSI	PHARMACOLOGIE - TOXICOLOGIE
M.	Dominique	MEILLET	PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE
Mme	Virginie	NERICH	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Yann	PELLEQUER	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Bernard	REFOUVELET	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
M.	Philippe	SAAS	IMMUNOLOGIE
Mme	Marie-Christine	WORONOFF-LEMSI	PHARMACIE CLINIQUE

PROFESSEUR EMÉRITE

Mme	Laurence	NICOD	BIOLOGIE CELLULAIRE
-----	----------	--------------	---------------------

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Mme	Aurélié	BAGUET	BIOCHIMIE
M.	Arnaud	BEDUNEAU	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Laurent	BERMONT	BIOCHIMIE
M.	Oleg	BLAGOSKLONOV	BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
Mme	Oxana	BLAGOSKLONOV	GÉNÉTIQUE
Mme	Céline	BOUVIER-SLEKOVEC	HYGIÈNE PRÉVENTION RISQUES INFECTIEUX
M.	Eric	CAVALLI	CHIMIE PHYSIQUE ET MINÉRALE
M.	Jean-Patrick	DASPET	BIOPHYSIQUE
Mme	Sylvie	DEVAUX	PHYSIOLOGIE
Mme	Jeanne	GALAINE	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES
Mme	Marie	KROEMER	SCIENCES DU MÉDICAMENT ET AUTRES PRODUITS DE SANTÉ
Mme	Isabelle	LASCOMBE	BIOCHIMIE / ISIFC
Mme	Carole	MIGUET ALFONSI	TOXICOLOGIE
M.	Johnny	MORETTO	PHYSIOLOGIE
M.	Frédéric	MUYARD	PHARMACOGNOSIE
M.	Marc	PUDLO	CHIMIE THÉRAPEUTIQUE
M.	Florian	RENSI	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES
Mme	Nathalie	RUDE	BIOMATHÉMATIQUES ET BIostatISTIQUES
Mme	Perle	TOTOSON	PHARMACOLOGIE

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M	Lionel	PAZART	PAST PHARMACIE SCIENCES DU MÉDICAMENT
Mme	Florence	VAN LANDUYT	PAST PHARMACIE CLINIQUE – OFFICINE

PROFESSIONS DE SANTÉ

M.	Alain	DEVEVEY	MAÎTRE DE CONFÉRENCES SCIENCES LANGAGE- ORTHOPHONIE
M	Alexandre	KUBICKI	MAÎTRE DE CONFÉRENCES SCIENCES DE RÉÉDUCATION ET DE RÉADAPTATION - KINÉSITHÉRAPIE
MME	Geneviève	MERELLE	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Sophie	SALTARELLI	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Christine	BRET-LEGRAND	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Aline	CHASSAGNE	MAST SCIENCES INFIRMIÈRES
MME	Gaelle	BLERVAQUE	MAST ERGOTHÉRAPIE/PSYCHOMOTRICITE
MME	Julie	LAPREVOTTE	MAST ERGOTHÉRAPIE/PSYCHOMOTRICITE

AUTRES ENSEIGNANTS

MME Lise
MME Vanessa
M. Nicolas
MME Eleana

FIARDET
MARTIN
MICHAUD
SANCHEZ

PROFESSEUR AGREGE ANGLAIS
PROFESSEUR AGREGÉ ANGLAIS
PROFESSEUR AGRÉGÉ ANGLAIS
PROFESSEUR AGRÉGÉ ANGLAIS

Mise à jour 06/09/2022

Remerciements

A notre maître et président du jury

Monsieur le Professeur Rajeev RAMANAH

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Gynécologie-Obstétrique, Pôle Mère-Femme, CHRU de Besançon

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites de présider cette thèse.

Veillez trouver dans ce travail, l'expression de mes remerciements les plus sincères et de ma reconnaissance pour l'enseignement que vous m'avez transmis pendant mes deux stages réalisés au sein de votre service.

J'espère être à la hauteur de vos espérances.

Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A notre maître et Directrice de thèse

Madame le Docteur Camille NALLET

Chef de clinique des Hôpitaux

Gynécologie-Obstétrique, Pôle Mère-Femme, CHRU Besançon

Un grand merci d'avoir accepté de diriger ma thèse, tu m'as permise de mener ce projet à bien et je t'en suis très reconnaissante.

Merci pour tes conseils avisés, ta patience et ton engagement, ceci a été d'une valeur inestimable et a grandement contribué à l'aboutissement de ce travail.

Ton soutien, ta bienveillance et ta volonté de transmettre durant mes stages en gynécologie m'ont aidé à grandir professionnellement.

Soit assurée de ma sincère reconnaissance.

A notre maître et Juge

Monsieur le Professeur Jean-Michel PERROT

Professeur Associé et Coordinateur du DES de médecine générale

Département de Médecine Générale – Université de Franche-Comté

Je vous remercie pour votre temps et votre attention.

Merci également de m'avoir offert un environnement académique propice à l'apprentissage. Vos enseignements m'ont aidée à développer les compétences nécessaires pour mener à bien ce projet. Merci de l'intérêt que vous avez apporté à ce travail de thèse.

Soyez assuré de ma sincère gratitude.

A notre maître et Juge

Monsieur le Professeur Jean-Luc PRETET,

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Directeur du Centre National de référence Papillomavirus

Laboratoire de biologie cellulaire et moléculaire, CHRU de Besançon

Vous me faites l'honneur de siéger au sein de mon jury de thèse.
Je vous remercie pour le temps et l'intérêt que vous consacrez à mon travail, qui
réunit médecine générale, virologie et gynécologie.

Veillez croire à l'expression de ma respectueuse considération.

A notre maître et Juge

Madame le Docteur Pauline AVENTINO,

Cheffe de Clinique Universitaire

Département de Médecine Générale – Université de Franche-Comté

Je tiens à te remercier de l'honneur que tu me fais de siéger dans mon jury.
Merci pour ton soutien, ta gentillesse et tes commentaires constructifs qui ont joué un rôle essentiel dans mon parcours et m'ont permis de progresser de manière significative. Tout au long de mon internat, tu as été une source d'inspiration ; tes commentaires perspicaces, ton approche pédagogique et tes encouragements ont été la clé de ma progression.

Soit assurée de ma sincère reconnaissance.

A notre maître et Juge

Madame le Docteur Anne-Sarah THOLOZAN-JUNIAT

Praticien Hospitalier

Gynécologie-Obstétrique, Pôle Mère-Femme, CHRU Besançon

Je te remercie d'avoir accepté de juger cette thèse.

J'ai eu la chance de profiter de ton enseignement durant les consultations et je te remercie pour tout ce que tu m'as appris.

Merci pour ta bienveillance et ton accompagnement tout au long de ces stages que je n'oublierai pas. Ta pédagogie et tes qualités humaines sont pour moi un modèle.

Sois assurée de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Aux praticiens libéraux de médecine générale (et leurs secrétaires),

Un grand merci pour tout ce que vous m'avez apportée durant ces différents stages, niveau 1 ou SASPAS, votre gentillesse, votre bienveillance et toutes ces choses apprises à vos côtés : **Claire**, être ta première interne a été un honneur pour moi ; **Christian**, une tonne de connaissance mais toujours dans la bonne humeur ; **Cécile**, merci pour nos longues discussions du jeudi soir très instructives ; **Pascal**, pour ta volonté de transmettre ; **Hélène**, merci de ta supervision toujours bienveillante ; **Antoine**, merci pour ta volonté de me faire progresser notamment en ostéoarticulaire !

A l'équipe du service de gynécologie-obstétrique du CHU,

Aux chefs pour leur disponibilité, leur transmission et leur bienveillance en toute circonstance : **Claire, Yolande, Jean-Loup, Laurent, Astrid, Christophe, Marine et Manon**. Aux infirmières et aides-soignantes des urgences gynécologiques pour leur bonne humeur et leur soutien.

A l'équipe de pédiatrie du CHU de Besançon,

Je tenais à remercier les chefs qui m'ont soutenue et accompagnée durant ces trois mois intenses : **Claire B., Marlène, Johanna et Cécilia**.

A toute l'équipe des urgences de Pontarlier,

Merci à l'équipe des chefs : **Alexandre, Vincent, Amaury, Pamina, Philippe, Camille, Aline, Lise, Marie, Eloi, Aurélien, Francine, Frédéric, Claudie** ; à mes co-internes et à toute l'équipe paramédicale pour leur accueil, leur sympathie durant ces 6 mois sur le thème du COVID.

A l'équipe du service d'endocrinologie-diabétologie du CHU de Besançon,

Un grand merci aux chefs pour leur accompagnement, leur bienveillance et leur enseignement transmis avec passion : **Franck, Lucie, Elif, Anne-Cécile, Sophie, Sylvie, Colette**. J'ai passé un excellent semestre à vos côtés.

Merci également à l'équipe paramédicale de m'avoir transmis leurs connaissances sur l'éducation thérapeutique, mais aussi pour leur accueil, leur bonne humeur et toutes les parties de rigolades : **Lydie, Pascale, Sylvie**.

A ma famille,

A mes parents, qui m'ont permis de réaliser ces études dans des conditions optimales (et c'est peu dire), pour leur soutien sans aucune faille durant ces 10 années, et pour leur relecture précieuse. Je ne serais pas là aujourd'hui sans vous à mes côtés.

Nico, quel bonheur d'être ta grande sœur, merci pour tout ce que tu m'apportes au quotidien.

Maurice, tu m'accompagnes, soutiens et supportes depuis le début de ce périple, avec patience, et cela malgré les difficultés.

Mes cousins, oncles et tantes, ma marraine, mon parrain merci pour votre soutien inégalable et leur bonne humeur durant toutes ces années.

Mes grands-parents, cette thèse vous est dédiée, merci pour les valeurs et l'esprit de battante que vous m'avez transmises.

A Pascale et Gilles, pour leurs conseils et leur soutien durant mon cursus et pour la relecture de ce travail.

A mes ami(e)s du Nord,

Merci pour votre soutien durant ces longues années de travail : **Nono, Laulau, Clara, Juju, Valou, Pauline, Alex, Léa C., Léa D., Antoine, Anthony, Henri et Hadrien ; Salomé, Manu, Laura, Camille, Victoire, Solène, Lucas, Clément, Arthur et Tiphaine.**

A mes co-internes, merci de ces moments de soutien et de légèreté pendant ces journées laborieuses et pour toutes les parties de rigolades : **Ro(ro)mane, Marine, Marie Vilch', Adé, Sara, Camille, Clara, Pierre, Julien, Laetitia, Alicia, Mélanie et Louise, Morgane, Alexis, Mourad, Cynthia, Marie Parrot', Mathilde, Maureen, Sarah, Sylvia, Philomène, Éloïse, Rose, Inès, Julie et Paul.**

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Sommaire

<i>Abréviations</i>	3
<i>Introduction</i>	5
1. Épidémiologie du cancer du col de l’utérus en France	5
2. Histoire naturelle du cancer du col utérin.....	5
3. Nomenclature et classification des lésions du col utérin.....	8
4. Moyens de prévention du cancer du col utérin.....	11
5. Objectifs de l’étude.....	14
<i>Matériel et Méthode</i>	15
1. Type d’étude et population étudiée	15
2. Rédaction et diffusion du questionnaire.....	15
3. Recueil des données et analyses statistiques.....	16
<i>Résultats</i>	17
1. Caractéristiques propres des médecins généralistes.....	18
2. Vision et implication du médecin généraliste dans le dépistage	24
3. Facteurs limitants	26
4. Axes d’amélioration	28
<i>Discussion</i>	35
1. Résultats principaux et comparaison avec la littérature	35
2. Apport de notre étude	39
3. Limites et biais de l’étude	40
4. Perspectives.....	41
<i>Conclusion</i>	43
<i>Annexes</i>	45
<i>Bibliographie</i>	53
<i>Table des illustrations</i>	57

Abréviations

ARS : Agence Régionale de la Santé

BFC : Bourgogne Franche-Comté

CCU : Cancer du Col de l'Utérus

CIN : Carcinome In Situ

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CRCDC : Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers

FCU : Frottis Cervico Utérin

FMC : Formation Médicale Continue

GEODES : Géo Données En Santé publique

GM : Gynécologue Médical

GO : Gynécologie-Obstétrique

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patient, Santé et Territoire

HPV : Papillomavirus Humain

HPV-HR : Virus du Papillome Humain à Haut Risque oncogène

INCa : Institut National du Cancer

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IPVS : International Papillomavirus Society

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MG : Médecin généraliste

MSU : Maître de Stage Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

1. Épidémiologie du cancer du col de l'utérus en France

Chaque année, le cancer du col de l'utérus (CCU) atteint en moyenne 3000 femmes et est responsable d'environ 1100 décès en France métropolitaine (1). De 2012 à 2018, le nombre de nouveaux cas par an en France a diminué de 0,7% et la mortalité a diminué de 1,1% par an (2). Cependant, la diminution du taux d'incidence du CCU en France métropolitaine tend à ralentir depuis les années 2005-2010. Pour l'année 2023, 3159 cas ont été diagnostiqués en France métropolitaine, soit un taux d'incidence de 6,3 pour 100 000 femmes (3) (Figure 1). L'âge médian au diagnostic est de 53 ans (2).

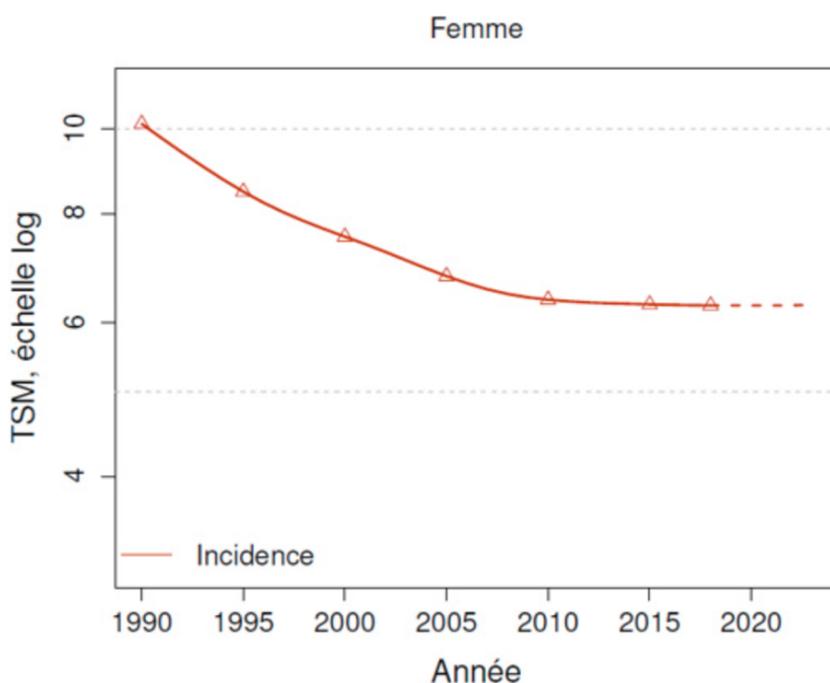


Figure 1 : Taux d'incidence du CCU en France métropolitaine entre 1990 et 2023 (Taux Standardisé Monde) – Échelle logarithmique

2. Histoire naturelle du cancer du col utérin

La quasi-totalité des CCU est causée par la persistance de l'infection au papillomavirus humain (HPV), et plus de 90% d'entre eux sont causés par les souches d'HPV oncogènes suivantes : les HPV-6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58 (4).

Le HPV est un virus non encapsulé qui peut infecter la peau et les muqueuses en particulier sexuelles. Il en existe plus de 200 types différents, mais seulement 13 d'entre eux sont considérés comme étant à haut risque oncogène (HPV-HR). Cela signifie qu'ils sont impliqués dans le développement de cancers anogénitaux tels que le CCU, le cancer de l'anus et oropharyngé (5).

Le portage d'un HPV génital est très fréquent particulièrement chez les sujets jeunes et habituellement asymptomatique. On estime entre 10 et 20% la prévalence des femmes porteuses d'un HPV-HR. Dans plus de 80% d'entre elles, ces infections disparaissent spontanément des tissus via un phénomène appelé la « clairance virale » (6–8). La persistance du portage d'un HPV peut provoquer le développement de lésions pré cancéreuses puis cancéreuses dans un délai moyen de 5 à 10 ans (Figure 2) (9–11).

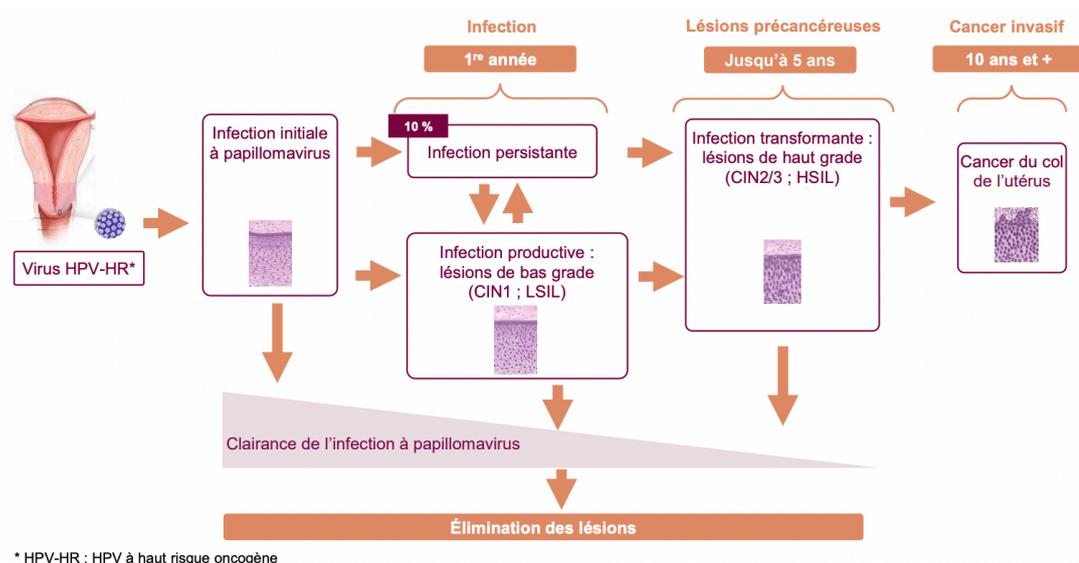


Figure 2 : De l'infection au cancer. Source : Dépistage du cancer du col de l'utérus : Organisation du programme de dépistage organisé, INCa, 2022.

Des facteurs de risque d'apparition et de persistance de l'infection par l'HPV ont été identifiés comme : un âge jeune lors du premier rapport sexuel (≤ 15 ans), l'augmentation du nombre de grossesses, l'augmentation du nombre de partenaires sexuels et le tabagisme (12).

Selon l'OMS, l'infection à HPV est la plus répandue dans le monde parmi les infections sexuellement transmissibles (IST) (13). Ce virus très contagieux se transmet par contact cutanéomuqueux y compris en l'absence de pénétration (le sexe oral

constitue également un mode de transmission), il peut être transmis même en utilisant des préservatifs. La plupart des femmes et des hommes sexuellement actifs seront infectés par ces virus à un moment donné de leur vie. Des études de cohorte montrent qu'après une augmentation rapide chez les femmes jeunes, l'incidence de l'infection à HPV au niveau cervical diminue après 25-30 ans, en raison d'une diminution du nombre de nouveaux partenaires sexuels et du développement d'une immunité spécifique chez certaines femmes (Figure 3) (8).

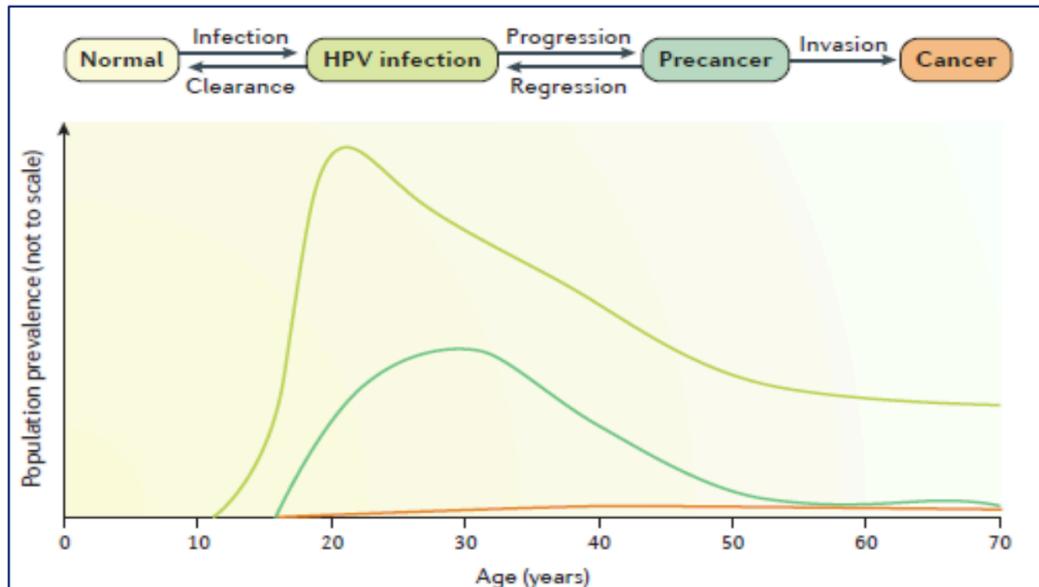


Figure 3 : Modèle de l'histoire naturelle de l'infection à HPV menant au CCU en fonction de l'âge. Source : Schiffman, Mark et al. "Carcinogenic human papillomavirus infection." *Nature reviews. Disease primers vol. 2, 2016.*

Parmi les types d'HPV-HR, l'HPV16 est le plus fréquemment responsable du CCU invasif dans le monde (environ 60 %), suivi de l'HPV18 (environ 15 %). L'HPV16 est également responsable d'une proportion encore plus importante d'environ 85% de tous les autres cancers liés aux HPV en dehors du col de l'utérus. En raison de son très haut risque oncogène, l'HPV16 est considéré comme l'un des agents cancérigènes les plus importants pour l'Homme (8).

En plus de l'infection par l'HPV, l'OMS a identifié d'autres facteurs de risque pour les CCU comme l'utilisation de la contraception orale combinée, l'exposition in utero au diéthylstilbestrol et l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine 1 (VIH-1) (14).

3. Nomenclature et classification des lésions du col utérin

C'est dans la zone de remaniement pavimentaire que débute la majorité des CCU. Le cancer est invasif quand des cellules anormales envahissent l'épaisseur du tissu conjonctif fibreux, sous-jacent à la membrane basale (Figures 4 et 5).

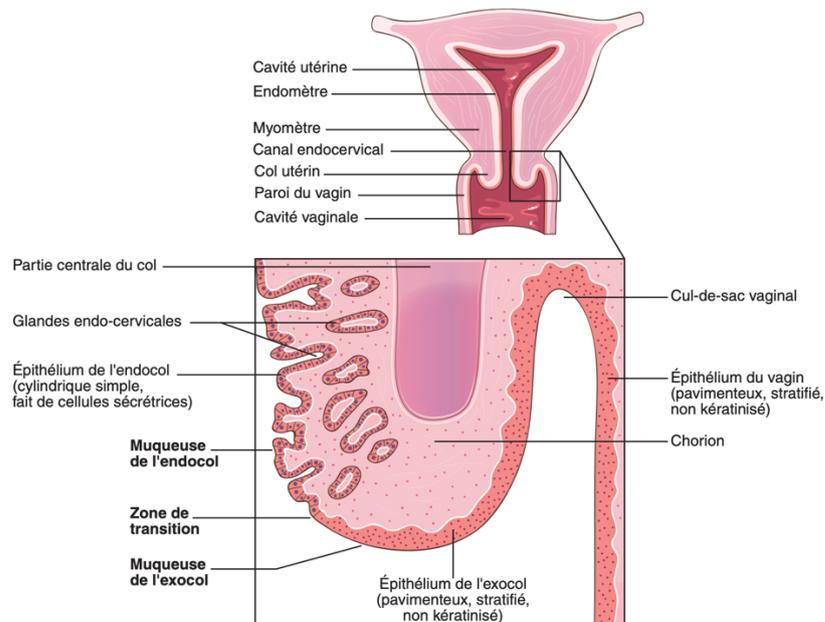


Figure 4 : Anatomie et histologie du col de l'utérus. Source : *Référentiel des collèges Gynécologie Obstétrique édition 2021*

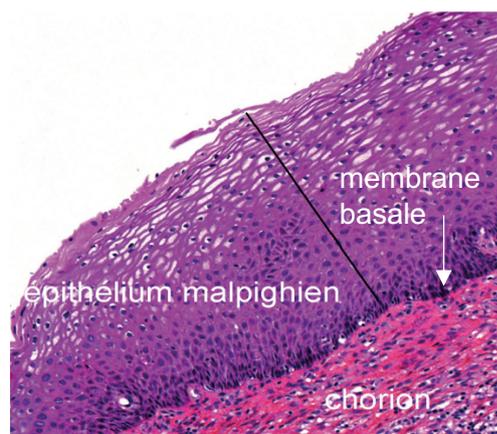


Figure 5 : Histologie de l'exocol utérin : épithélium malpighien (pavimenteux stratifié non kératinisé). Source : *Référentiel des collèges Gynécologie Obstétrique édition 2021*

Le développement d'un CCU débute par un stade micro-invasif, invisible à l'œil nu lors de l'examen au spéculum et qui ne peut être diagnostiqué qu'après examen histologique d'un échantillon de tissu provenant d'une biopsie, d'une conisation ou d'une hystérectomie. Il est important de noter qu'il n'existe pas de correspondance stricte entre les classifications cytologiques et histologiques. L'histologie, qui est l'étude morphologique des tissus biologiques, est nécessaire pour établir un diagnostic de cancer. En effet, la cytologie, étude des cellules isolées, est moins fiable pour le diagnostic.

3.1 Cytologie cervicale : classification de Bethesda

Le système de classification de Bethesda actuellement utilisé en France, ainsi que dans d'autres pays occidentaux, décrit les anomalies cervicales de la manière suivante selon la version de 2014 (15) :

Anomalies des cellules malpighiennes :

- ASC-US : Atypical Squamous Cell of Unknowned Significance (Atypies de cellules malpighiennes de signification indéterminée)
- ASC-H : Atypical Squamous Cell evocating High grade lesion (Atypies de cellules malpighiennes ne pouvant exclure une lésion de haut grade)
- LSIL : Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion (Lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade)
- HSIL : High grade Squamous Intraepithelial Lesion (Lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade, incluant les carcinomes in situ)
- Carcinome épidermoïde ou malpighien invasif.

Anomalies des cellules cylindriques :

- AGC : Atypical Glandular Cells (Atypies des cellules cylindriques)
- Atypies des cellules cylindriques ne pouvant exclure un adénocarcinome
- AIS : Adénocarcinome In Situ
- Adénocarcinome invasif (15).

Cependant, il est à noter que la majorité des femmes infectées par un HPV-HR présentent une cytologie normale (environ 75 %) et que la majorité des résultats anormaux du dépistage sont des ASC-US (8).

3.2 Histologie cervicale : nomenclature CIN et classification OMS

La nomenclature CIN (Cervical Intraepithelial Neoplasia) décrit les lésions malpighiennes : les lésions CIN 1 (dysplasie légère), CIN 2 (dysplasie modérée) et CIN 3 (dysplasie sévère et carcinome in situ) en fonction de la proportion d'épithélium atteint. Pour chaque stade CIN, il existe une probabilité de régression vers un épithélium normal, et une probabilité de persistance ou de progression vers un stade plus avancé, comme illustré dans le tableau suivant. Plus le stade CIN est avancé, plus la probabilité de progression vers un cancer invasif est élevé (Figure 6) (16,17).

Lésion	Régression	Persistance	Progression vers une CIN supérieure	Progression vers un cancer invasif
CIN 1	57 %	32 %	11 %	1 %
CIN 2	43 %	35 %	22 %	5 %
CIN 3	32 %	< 56 %	-	> 12 %

Figure 6 : Probabilité de régression, de persistance et d'évolution des CIN. Source : Loopik, The Natural History of Cervical Intraepithelial Neoplasia Grades 1, 2, and 3: A Systematic Review and Meta-analysis, J Low Genit Tract Dis, 2021

En France, la classification utilisée pour interpréter les résultats de l'analyse histologique des biopsies et des pièces opératoires cervicales est celle de l'OMS pour les tumeurs et les lésions précancéreuses du col de l'utérus, mise à jour en 2014. Les lésions précancéreuses des tumeurs épithéliales sont classées comme suit (18) :

- Lésions précancéreuses des carcinomes épidermoïdes ;
- Lésions malpighiennes intra-épithéliales de bas grade (correspondant à CIN 1 dans la classification CIN) ;
- Lésions malpighiennes intra-épithéliales de haut grade (incluant CIN 2 et CIN 3 dans la classification CIN), considérées comme des stades précancéreux ;
- Lésions précancéreuses des adénocarcinomes ;
- Adénocarcinome in situ.

La classification de l'OMS de 2014 recommande néanmoins de maintenir la distinction entre CIN 2 et CIN 3 parmi les lésions malpighiennes intra-épithéliales de haut grade (18).

Le cancer invasif du col utérin peut avoir pour types histologiques :

- Un carcinome épidermoïde qui se développe à partir de l'épithélium malpighien au niveau de l'exocol, type majoritaire induit par l'HPV ;
- Un adénocarcinome qui se développe à partir de l'épithélium glandulaire au niveau de l'endocol, également induit par l'HPV, son mécanisme moins bien connu et les lésions sont plus difficiles à dépister et diagnostiquer ;
- Ou d'autres formes histologiques très rares : sarcomes, mélanomes, lymphomes, tumeurs secondaires (19).

4. Moyens de prévention du cancer du col utérin

Il existe plusieurs moyens de prévention face à ce cancer très majoritairement viro-induit.

4.1 Prévention primaire

Tout d'abord, le moyen de prévention primaire est le vaccin anti-HPV. Il existe 2 vaccins commercialisés en France en 2023 :

- CERVARIX® (protéine L1 de HPV types 16 et 18)
- GARDASIL 9® (protéine L1 de HPV types 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58) (20).

D'après le site vaccination info service, toute vaccination commencée avec l'un des vaccins doit être menée à son terme avec le même vaccin (21).

Vaccin inactivé, il a été introduit dans le calendrier vaccinal et remboursé en France depuis juillet 2007 pour les jeunes filles, puis élargi aux jeunes garçons depuis le 1^{er} Janvier 2021 (21,22). Mais la couverture vaccinale reste encore insuffisante dans la population générale. En 2018, moins de 30% des jeunes filles de 16 ans avaient un schéma vaccinal complet en France alors que ce vaccin y est recommandé et a une efficacité de 90% sur la prévention des infections à HPV. Dans la feuille de route 2021-2025 de l'INCa (Institut National du Cancer), l'objectif est d'atteindre un taux de couverture vaccinal contre les HPV de 80% à horizon 2030 (23,24).

La vaccination a montré son efficacité (25), malgré une réticence de certains professionnels à la promouvoir comme indiqué dans l'étude publiée en 2016 dans laquelle seuls 72,9% des médecins ayant répondu au questionnaire envoyé à 140 MG de Besançon déclarent pratiquer la vaccination chez leurs patientes. Parmi les

obstacles retrouvés, on retrouve les effets secondaires sur le long terme et le doute sur l'efficacité clinique (26).

Une revue de la littérature publiée en 2018 n'a pas trouvé d'augmentation des effets indésirables grave suite à la vaccination contre les HPV (27).

Selon des études récentes, il devient possible d'envisager l'éradication du CCU. Une étude menée en Australie en 2018, où le taux de vaccination contre les HPV atteint 80 % dans le pays, a démontré que la prévalence des infections à HPV couvertes par le vaccin quadrivalent, souches responsables de 70 % des cas de CCU, est passée de 22,7% à 1,5% entre 2005 et 2015 chez les femmes âgées de 18 à 24 ans (28).

Ces résultats ont conduit l'International Papillomavirus Society (IPVS) à déclarer que la combinaison d'un taux élevé de vaccination, d'une participation élevée au dépistage du CCU et de traitements appropriés pourrait mener à l'élimination du CCU (29).

4.2 Prévention secondaire

La prévention secondaire est basée sur le dépistage du CCU par le FCU ou par recherche d'HPV-HR au niveau cervical. Les premières recommandations françaises du dépistage de cette pathologie remontent au mois de septembre 1990, lors de la Conférence de Lille (30).

La HAS a publié en juillet 2020 une mise à jour des recommandations concernant le dépistage du CCU en France :

- Pour les femmes de 25 à 29 ans, un FCU est recommandé tous les 3 ans après 2 premiers examens cytologiques normaux réalisés à un an d'intervalle.
- Pour les femmes de 30 à 65 ans, une recherche de HPV-HR est réalisée 3 ans après le dernier FCU normal puis est réalisée tous les 5 ans en cas de négativité. Si cette dernière est positive, une cytologie réflexe est réalisée sur le même prélèvement (31,32).

Le dépistage du CCU par le FCU réalisé en consultation est, en France, un dépistage organisé depuis le 1^{er} janvier 2019 (33). Les patientes reçoivent donc directement à leur domicile, de manière régulière, des invitations pour consulter et

réaliser leur FCU auprès des professionnels habilités. Les premières invitations ont été adressées au second semestre 2019 aux femmes de 25 à 65 ans, ciblant en priorité celles sortant prochainement du dispositif (50-65 ans), sous la responsabilité des Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC) (34).

Avant juillet 2020, le taux de couverture nationale du dépistage du CCU correspondait au pourcentage de femmes âgées de 25 à 65 ans ayant eu au moins un FCU pour une période triennale donnée. Ce taux est de 59,5% pour 2016-2018 puis de 58,8% pour la période 2018-2020 (35).

Selon le site GEODES de Santé Publique France, la couverture du dépistage du CCU chez les femmes âgées de 25 à 65 ans durant la période 2018 à 2020 en Franche-Comté représente 57% pour une moyenne nationale autour de 59% (36) (Figure 7).

Couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus, 2018-2020 (%) - Source : SNDS (DCIR), Insee - Exploitation Santé publique France

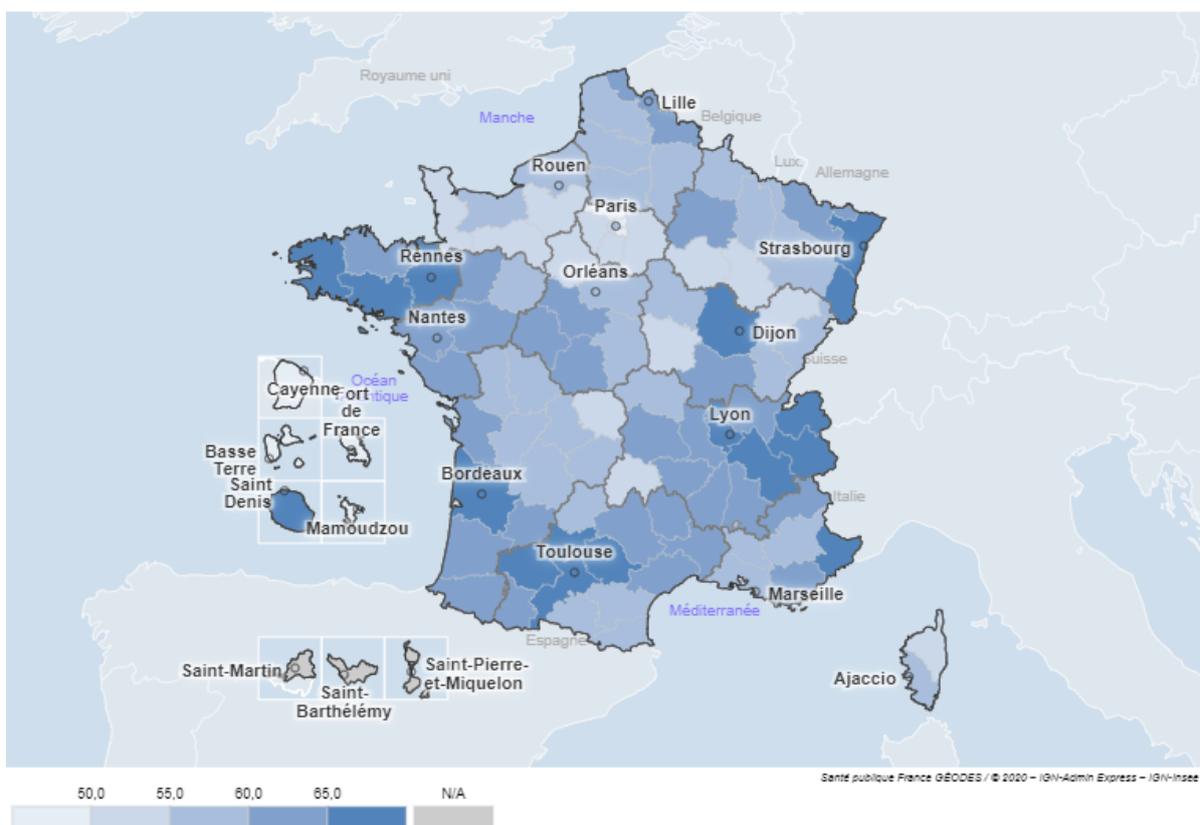


Figure 7 : Couverture du dépistage du CCU en France entre 2018 et 2020. Source : GEODES - Santé Publique France - Indicateurs : cartes, données et graphiques

Les professionnels de santé habilités à réaliser ce geste sont les gynécologues-obstétriciens, les GM, les MG, les biologistes et, depuis 2009, les sages-femmes. En

effet, la loi HPST du 21 juillet 2009 stipule que les sages-femmes peuvent pratiquer, de manière autonome, les gestes techniques nécessaires au dépistage de situations pathologiques (37). Selon la HAS, en 2010, seuls 10% des FCU sont réalisés par des professionnels de santé autres que les gynécologues en France (38).

En 2010, l'INCa a réalisé une enquête auprès de MG conventionnés en France et a montré que seuls 79% considèrent que ce dépistage constitue un acte de prévention dont l'efficacité est prouvée et 49% se considéraient comme « indispensables » dans le dépistage du CCU (39).

5. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de décrire la place des MG parmi les autres professionnels de santé compétents, selon leurs caractéristiques propres, dans la réalisation du dépistage du CCU en Franche-Comté. L'objectif secondaire est d'identifier les facteurs favorisant et les facteurs limitant la réalisation de ce dépistage par ces mêmes professionnels.

Matériel et Méthode

1. Type d'étude et population étudiée

Pour répondre à nos objectifs, nous avons choisi de réaliser une étude observationnelle, quantitative, descriptive et transversale.

Nous avons constitué un échantillon de 1076 MG possédant tous les critères d'inclusion et aucun critère d'exclusion. Les critères d'inclusion sont :

- Être MG en activité
- Avoir une activité libérale
- Être conventionné
- Exercer en Franche-Comté (comprenant 4 départements : le Jura, le Doubs, la Haute-Saône et le Territoire de Belfort)

Les critères d'exclusion sont :

- Être médecin salarié
- Être MG remplaçant
- Ne pas avoir d'adresse e-mail.

2. Rédaction et diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré à partir des précédents travaux réalisés sur le sujet du dépistage du CCU par les MG et des méthodes conseillées en recherche épidémiologique (40,41).

Le questionnaire a été envoyé aux 1076 médecins de Franche-Comté retenus par le biais de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Médecins Libéraux de BFC le 4 mai 2023.

Ce questionnaire a été transmis par messagerie électronique sous forme d'un lien hypertexte au sein d'un message d'explications de l'étude (Annexe 1).

Il comprend 20 questions et évalue des variables non modifiables (âge, sexe, secteur d'exercice), et modifiables (diplômes universitaires, FMC, stages réalisés), la volonté ou non de réaliser le suivi gynécologique de leurs patientes et les perspectives possibles (comme l'intérêt de proposer une formation théorique et/ou pratique).

Il a été construit à l'aide du logiciel en ligne Google Forms et les résultats sont restés anonymes du fait du nonaccès des adresses de messagerie électronique des participants (Annexe 2).

Pour la définition des secteurs urbains et ruraux, nous avons retenu celle de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). Une unité urbaine est une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2 000 habitants. Les communes rurales sont des communes sans zone de bâti continu de plus de 2000 habitants, et celles dont moins de la moitié de la population municipale est dans une zone de bâti continu (42). Une carte de la région a été élaborée par l'INSEE (Annexe 3).

Les réponses ont été recueillies durant les mois de mai et juin 2023 soit durant 8 semaines au total. Une relance n'a pu être effectuée car elle a été refusée par l'URPS.

3. Recueil des données et analyses statistiques

Les données recueillies par Google Forms ont été importées manuellement dans le logiciel Excel. L'analyse de ces données a été réalisée via Excel et l'outil en ligne BiostaTGV.

Concernant les variables qualitatives, les tests statistiques utilisés sont le test de Fisher pour les effectifs inférieurs à 5 et le test du Chi² pour les effectifs supérieurs à 5. Le test de Student a lui été utilisé pour les variables quantitatives.

La valeur de p inférieure à 5% a été retenue comme seuil de significativité statistique.

Résultats

Sur les 1076 MG ayant reçu le questionnaire, 80 ont répondu soit 7,43%. Leurs caractéristiques ont été résumées dans un tableau (Tableau 1). A noter que d'après le site du CNOM, parmi les MG libéraux en Franche-Comté au 1^{er} janvier 2021, la moyenne d'âge était de 55 ans et on comptait 49,18% de femmes (43).

Tableau 1 : Caractéristiques des MG ayant répondu au questionnaire

		Médecins généralistes (n = 80)
Sexe		
	Femme	56 (70%)
	Homme	24 (30%)
Âge, en années (moyenne)		
		43
Type de cabinet (en nombre absolu)		
	De groupe	63 (79%)
	Seul	17 (21%)
Temps d'installation (en nombre absolu)		
	Moins de 10 ans	41 (51%)
	Entre 10 et 20 ans	22 (28%)
	Plus de 20 ans	17 (21%)
Secteur d'exercice (en nombre absolu)		
	Urbain	42 (53%)
	Rural	38 (47%)
Volume de patientèle (en nombre absolu)		
	Moins de 500	9 (11%)
	Entre 500 et 1000	31 (39%)
	Entre 1000 et 1500	28 (35%)
	Plus de 1500	12 (15%)
Nombre de consultations par jour (en nombre absolu)		
	15 ou moins	4 (5%)
	Entre 16 et 25	46 (57,5%)
	Plus de 25	30 (37,5%)
Département d'exercice (en nombre absolu)		
	Doubs	44 (55%)
	Haute-Saône	7 (9%)
	Jura	21 (26%)
	Territoire de Belfort	8 (10%)
Formation(s) en gynécologie reçue (en nombre absolu)		
	Stage durant l'externat	61 (76%)
	Stage durant l'internat	60 (75%)
	Diplôme (Inter) Universitaire en gynécologie	11 (14%)
	Formation Médicale Continue	25 (31%)
	Autres formations*	5 (6%)

Maître de Stage Universitaire (en nombre absolu)	
Oui	44 (55%)
Non	36 (45%)

*Les autres formations citées dans un commentaire libre par les médecins sont : un DU de cancérologie générale, un DIU d'échographie en gynécologie et obstétrique, des consultations auprès d'une gynécologue, un stage chez un praticien ayant une vacation au planning familial et un stage d'externat en oncologie.

Nous avons analysé ces résultats en réalisant 2 groupes : le groupe 1 comprenant les praticiens réalisant des FCU (n=65), et le groupe 2 comprenant les praticiens ne réalisant pas de FCU (n=15). Au sein de notre échantillon, 81% des MG réalisent des FCU et 19% n'en réalisent pas.

1. Caractéristiques propres des médecins généralistes

Parmi les praticiens réalisant des FCU, plus de 81% sont des femmes, et parmi les praticiens du groupe 2, 80% sont des hommes ($p < 0,01$) (Figure 8).

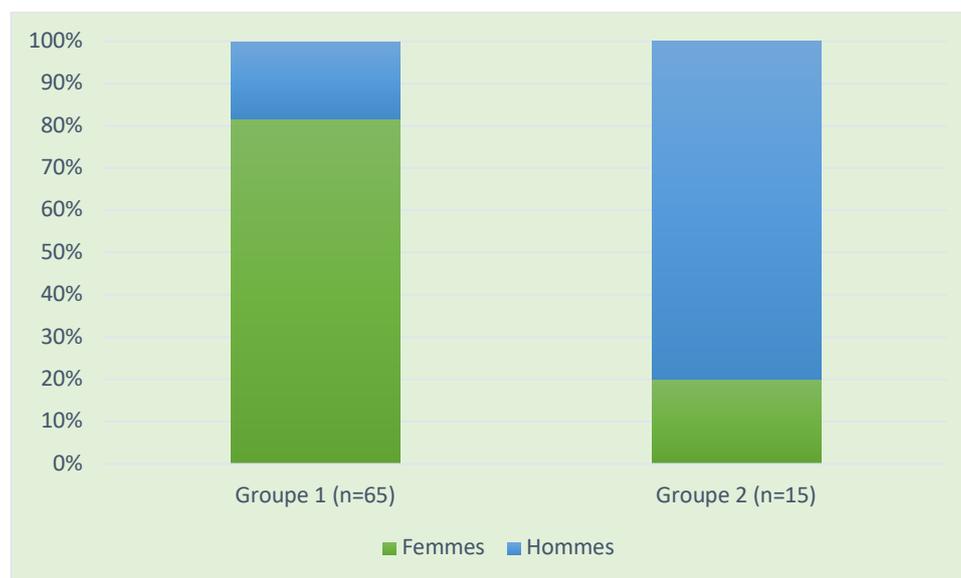


Figure 8 : Sex ratio entre les groupes 1 et 2

L'âge moyen des praticiens réalisant des FCU est de 42 ans (28 – 64 ans) contre 49 ans (31 – 78 ans) chez les praticiens ne réalisant pas de FCU ($p=0,07$).

Concernant le type de cabinet dans lequel les praticiens exercent : 82% des praticiens réalisant les FCU exercent en cabinet de groupe contre 67% des praticiens n'en réalisant pas ($p=0,29$).

On remarque que les médecins réalisant des FCU ont tendance à s'être installés depuis moins longtemps que les médecins n'en réalisant pas même si les différences ne sont pas significatives lorsque l'on compare les groupes suivants entre

eux : < 10 ans d'installation et entre 10 et 20 ans d'installation (p=0,73), entre 10 et 20 ans et ≥ 20 ans (p=0,46) et les groupes < 10 ans d'installation et les médecins installés depuis plus de 20 ans (p=0,27) (Figure 9).

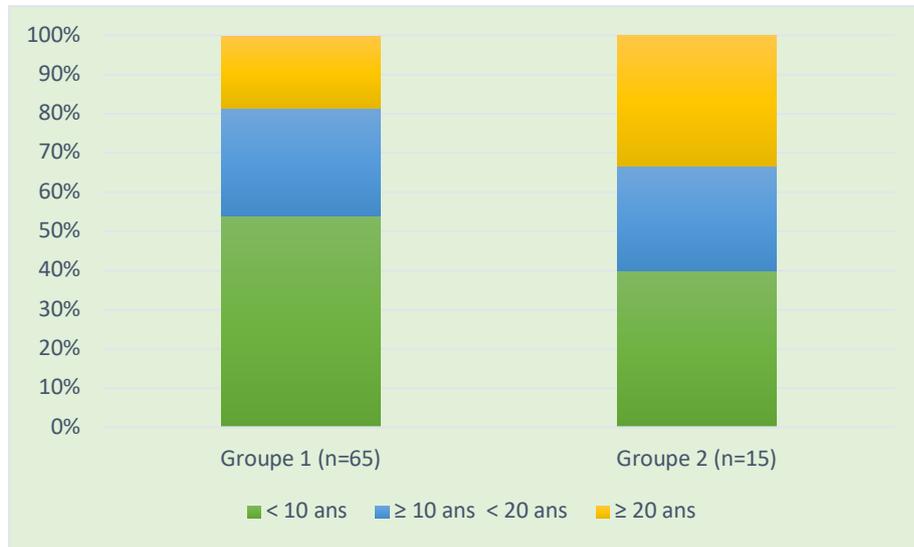


Figure 9 : Temps d'installation au sein des 2 groupes

Concernant le secteur d'exercice des MG : 49% des praticiens réalisant des FCU et 40% des praticiens ne réalisant pas de FCU exercent dans le secteur rural (p=0,58). En termes de volume de patientèle, 27% des médecins du groupe 2 ont un volume de patientèle supérieur à 1500 contre seulement 12% dans le groupe réalisant des FCU (p=0,24) (Figure 10).

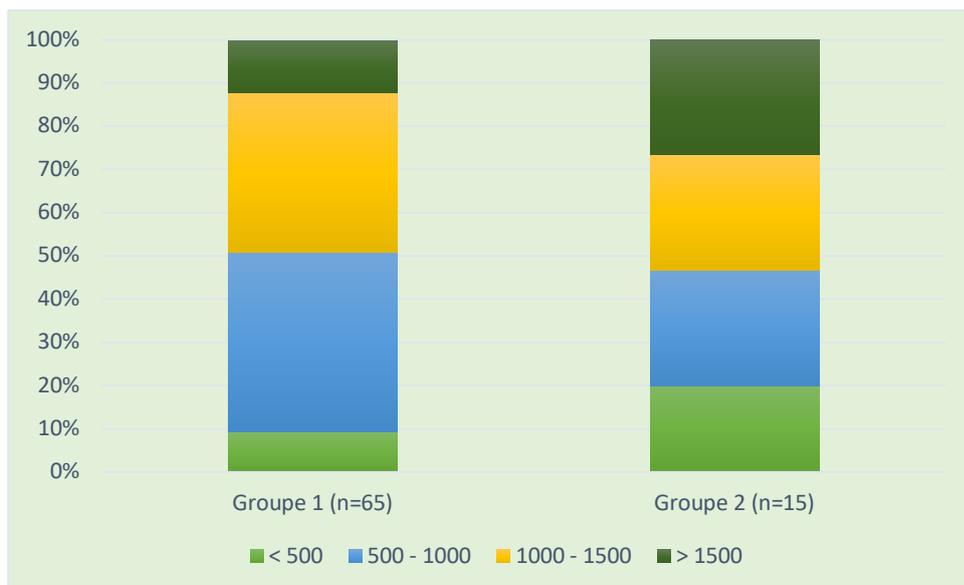


Figure 10 : Volume de patientèle entre les groupes 1 et 2

Au sein du groupe 1, les MG ont tendance à avoir un nombre de consultations par jour plus faible que les médecins du groupe 2 ($p=0,11$) (Figure 11).

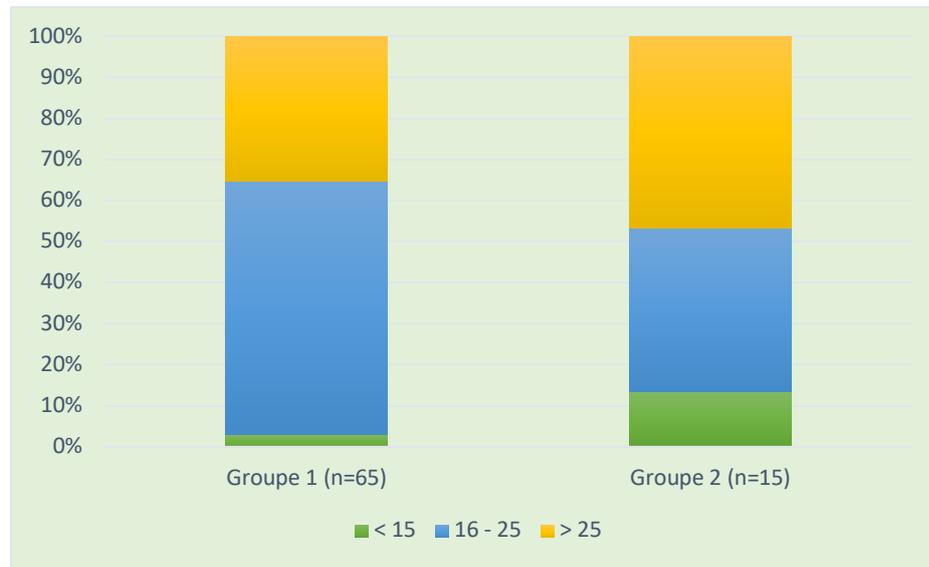


Figure 11 : Nombre de consultations par jour entre les groupes 1 et 2

Concernant le département d'exercice des médecins, il n'existe pas de différence entre les médecins qui réalisent des FCU par rapport à ceux n'en réalisant pas ($p=0,51$) (Figure 12).

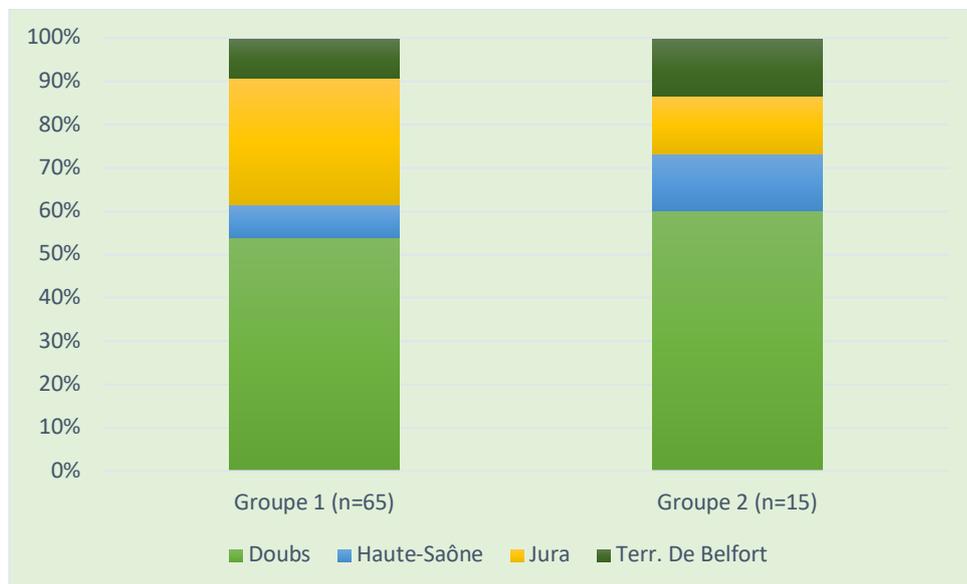


Figure 12 : Départements d'exercice entre les groupes 1 et 2

Parmi les MG réalisant des FCU, 57% sont MSU contre 47% chez les MG ne réalisant pas de FCU ($p=0,57$) (Figure 13).

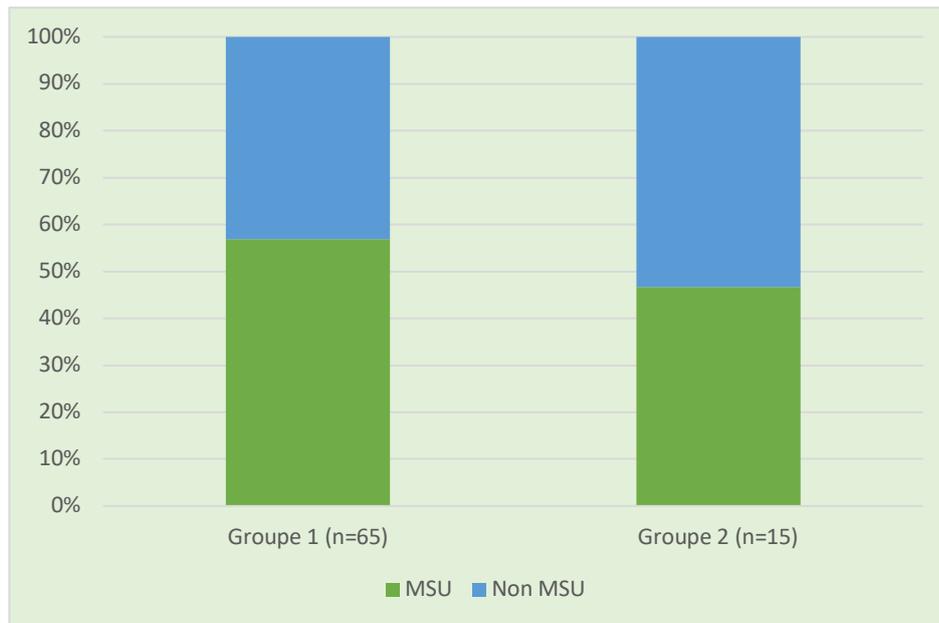


Figure 13 : Proportion de MSU dans les groupes 1 et 2

D'un point de vue de la formation, elle semble similaire entre les 2 groupes ($p=0,76$) (Figure 14). Dans le groupe 1, des praticiens ont réalisé des consultations auprès d'un gynécologue, un DU de cancérologie générale, un DIU d'échographie en GO, un stage chez un praticien réalisant des FCU. Dans le groupe 2, un praticien a réalisé un stage chez un médecin ayant une vacation en planning familial et un autre un stage d'externe en oncologie.

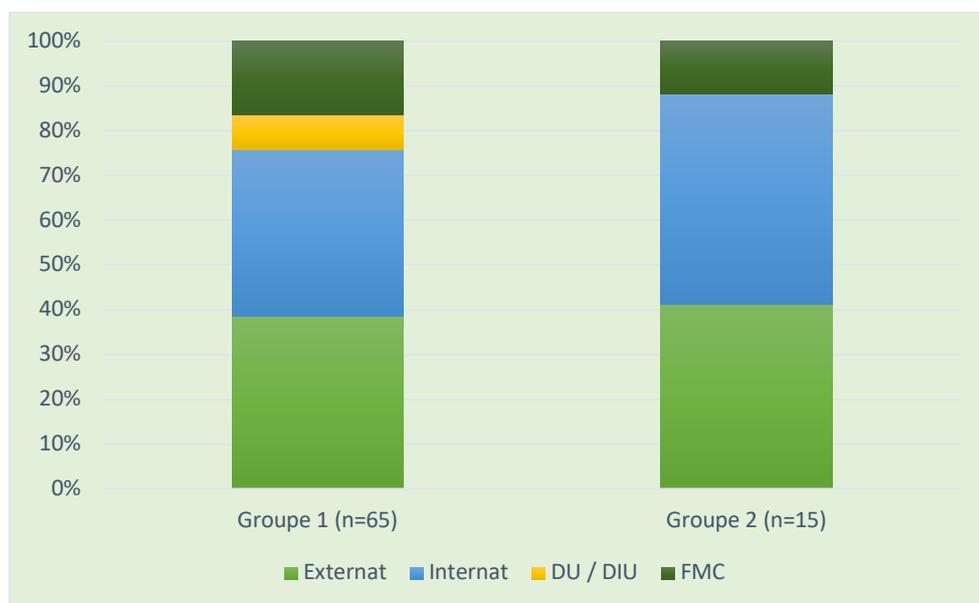


Figure 14 : Différentes formations entre les groupes 1 et 2

Parmi les professionnels réalisant des FCU, plus de 75% d'entre eux réalisent 5 FCU par mois ou moins (Figure 15).



Figure 15 : Nombre de FCU réalisés par mois par les praticiens du groupe 1

Parmi les professionnels ne réalisant pas de FCU, seuls 33% s'assurent « toujours » que le dépistage de leurs patientes éligibles a été réalisé ailleurs alors que 27% ne s'en assurent que « parfois », 27% « rarement » et 13% « jamais » (Figure 16).

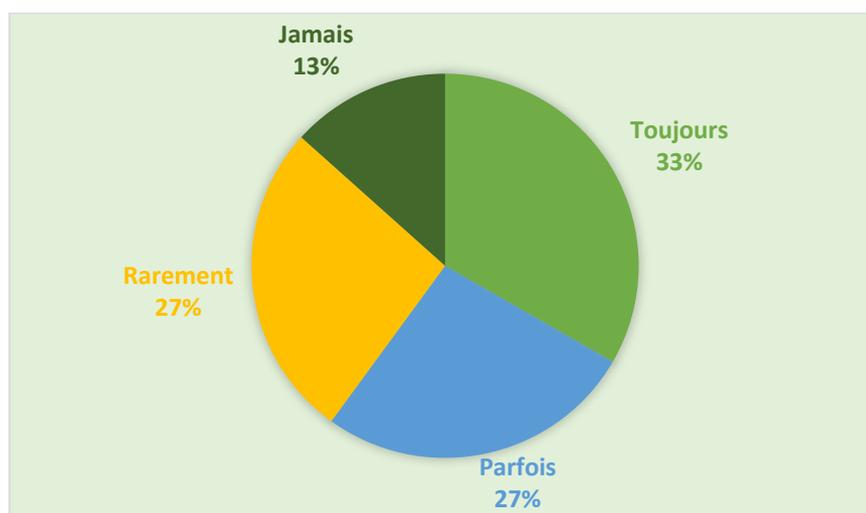


Figure 16 : Professionnels du groupe 2 qui s'assurent que le dépistage de leurs patientes éligibles a été réalisé ailleurs

Au sein de ce même groupe, 33,3% des médecins adressent leurs patientes à un gynécologue, 33% à un confrère ou une consœur MG, 20% à une sage-femme. Un

praticien adresse à un autre professionnel selon les préférences de la patiente et un autre n'évoque pas ce dépistage avec ses patientes (Figure 17).

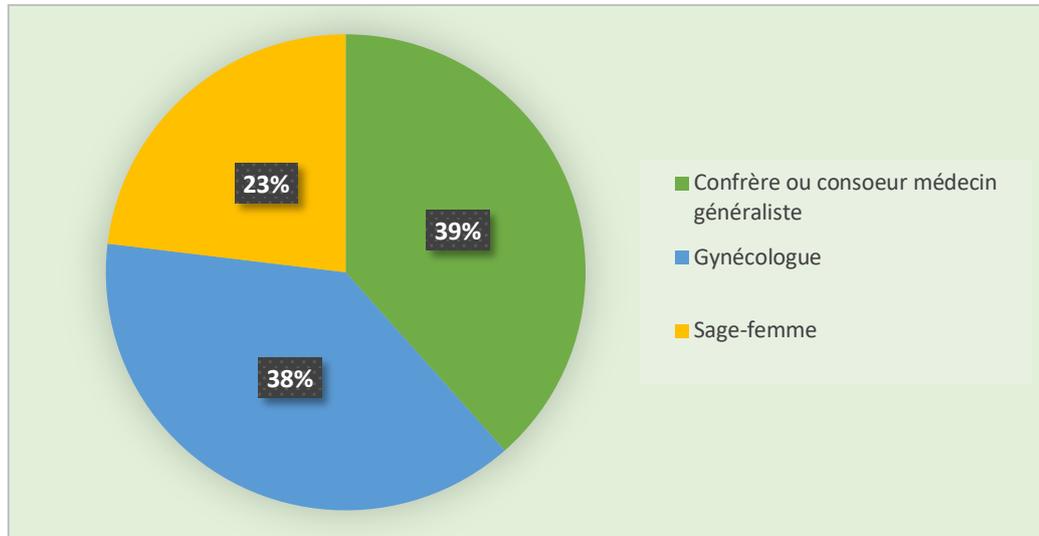


Figure 17 : Professionnels à qui adressent les praticiens du groupe 2

Chez les praticiens du groupe 1, 30 praticiens (46%) regrettent qu'une partie de leurs patientes réalisent leur FCU de dépistage chez un autre professionnel habilité alors que dans le groupe 2, seuls 2 praticiens (13%) regrettent que leurs patientes réalisent leur FCU chez un autre professionnel habilité et 9 (60%) ne regrettent pas du tout que leurs patientes réalisent leur FCU chez un autre professionnel (Figure 18).

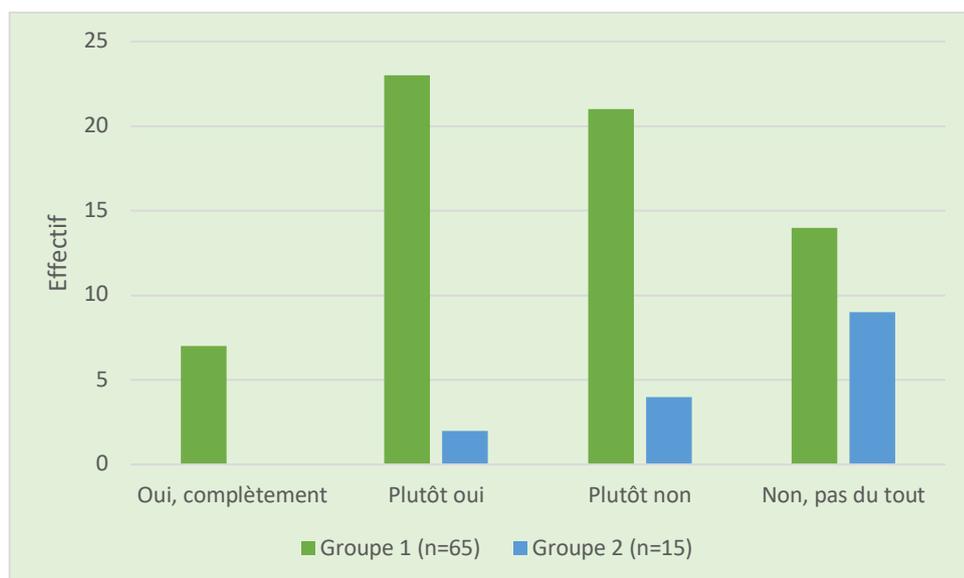


Figure 18 : Sensation de regret des praticiens qu'une partie ou que la totalité des patientes réalisent leur suivi gynécologique chez un autre professionnel selon les 2 groupes

2. Vision et implication du médecin généraliste dans le dépistage

A la lecture des réponses apportées à la question « *Vous sentez-vous comme un acteur essentiel dans le dépistage du cancer du col de l'utérus ?* », il apparaît que les médecins du groupe 1 répondent positivement dans plus de 95% des cas contre 67% des médecins du groupe 2 (Figure 19). 100% des médecins du groupe 2 considèrent le dépistage du CCU comme un dépistage efficace pour éliminer le diagnostic de lésions précancéreuses, lorsqu'il est réalisé.

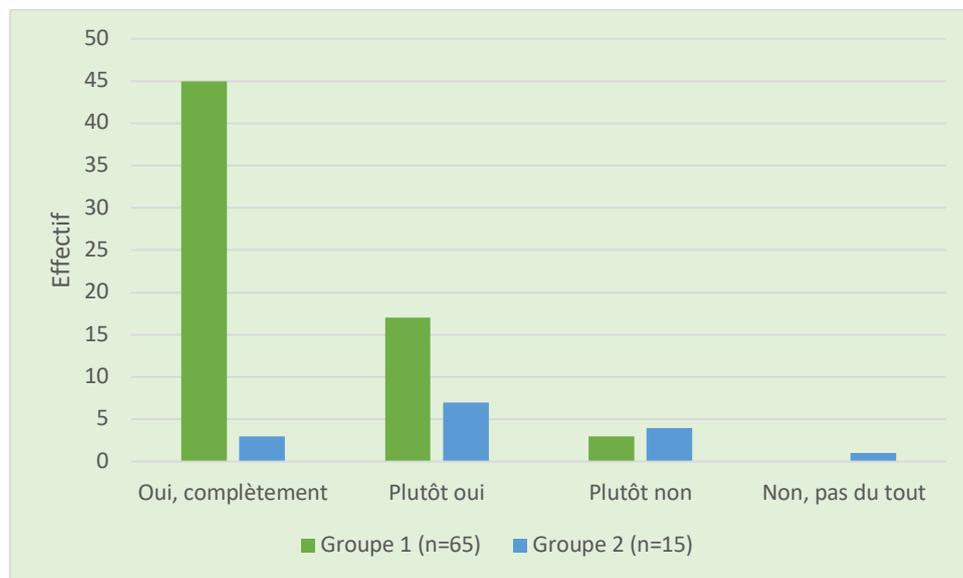


Figure 19 : Perception du rôle essentiel des MG dans le dépistage du CCU au sein des 2 groupes

Il apparaît que les médecins qui réalisent des FCU recommandent dans 78% des cas systématiquement le dépistage du CCU chez les femmes de 25 à 50 ans alors que ce taux diminue à 66% chez les femmes de 50 à 65 ans. Par ailleurs, seuls 13% des médecins ne réalisant pas de FCU recommandent systématiquement ce dépistage avant 50 ans mais ce taux augmente à 47% chez les femmes âgées de plus de 50 ans (Figures 20 et 21).

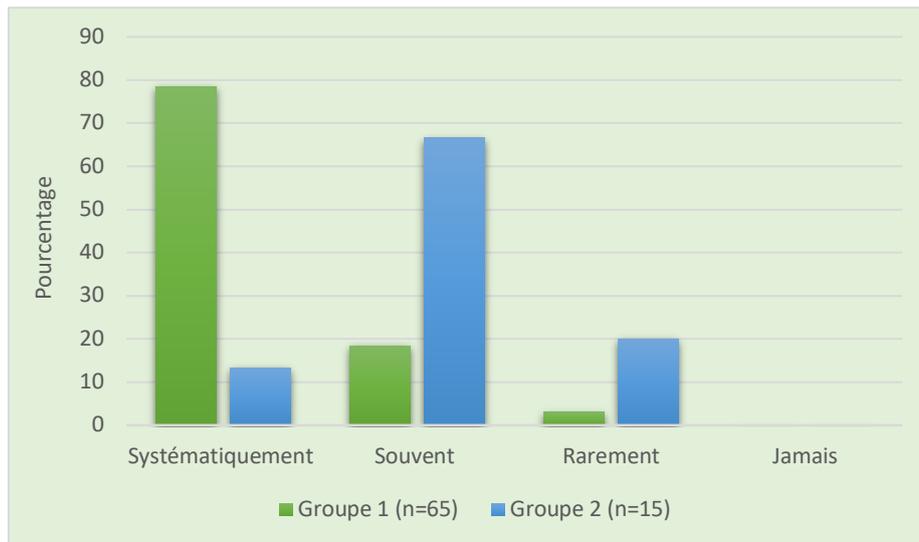


Figure 20 : Proportion de MG recommandant le dépistage du CCU à leurs patientes de 25 à 50 ans



Figure 21 : Proportion de MG recommandant le dépistage du CCU à leurs patientes de 50 à 65 ans

Parmi les MG réalisant des FCU, 68% recommandent systématiquement le dépistage du cancer colo-rectal et 69% le dépistage du cancer du sein par la mammographie entre 50 et 74 ans. Chez les médecins du groupe 2, 67% d'entre eux recommandent systématiquement les deux dépistages organisés entre 50 et 74 ans : cancer du sein et cancer colo rectal (Figures 22 et 23).



Figure 22 : Proportion de MG recommandant le dépistage du cancer colorectal à leurs patientes de 50 à 74 ans



Figure 23 : Proportion de MG recommandant le dépistage du cancer du sein à leurs patientes de 50 à 74 ans

3. Facteurs limitants

Concernant les facteurs limitant les praticiens à réaliser des FCU au sein du groupe 1, nous constatons que 78% des raisons sont représentées par la présence d'un gynécologue ou d'une sage-femme à proximité et le choix personnel de la patiente de le réaliser ailleurs que chez son MG (Figure 24). Dans la partie « Autre », ont été

cités les facteurs suivants par les MG du groupe 1 : Un médecin réoriente si échec de la réalisation du FCU, un médecin considère la nécessité d'une échographie ovarienne dans le suivi gynécologique, ce qui l'amène à confier le dépistage du CCU à une sage-femme ou un gynécologue et un médecin éprouve une gêne par rapport à la sage-femme de sa maison de santé.

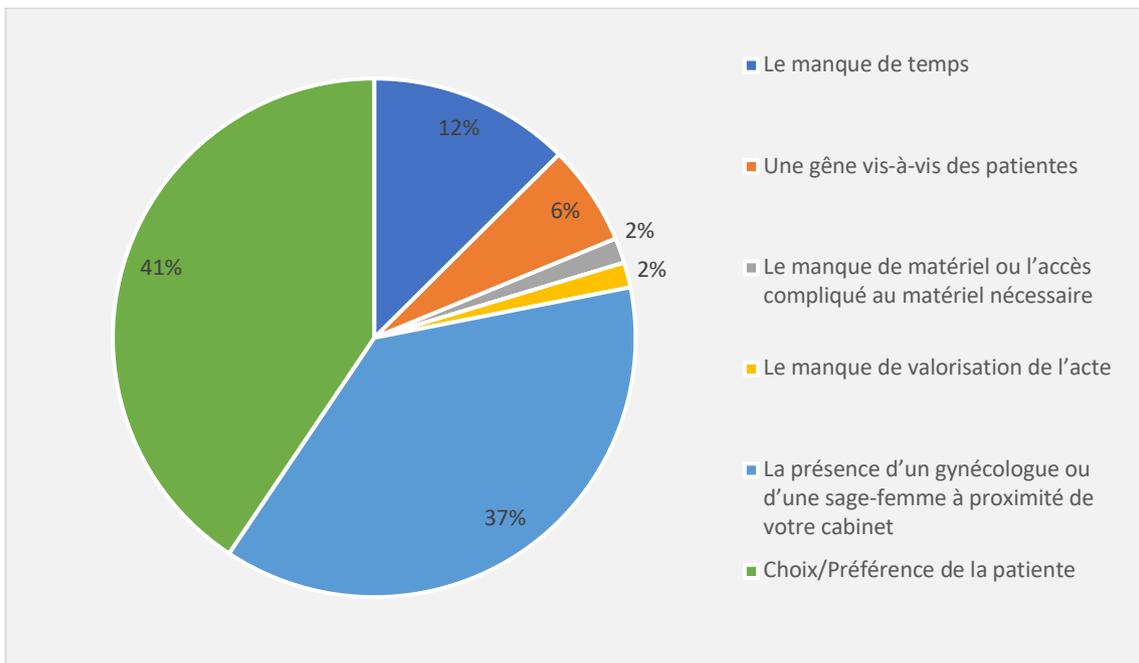


Figure 24 : Répartition des raisons limitant le nombre de FCU chez les praticiens qui en réalisent (n=65)

Dans le groupe 2, on remarque que plus de 75% des facteurs limitant sont représentés par le manque de temps, la présence d'un gynécologue ou d'une sage-femme à proximité et le manque de formation personnel théorique et/ou pratique de ce dépistage (Figure 25).

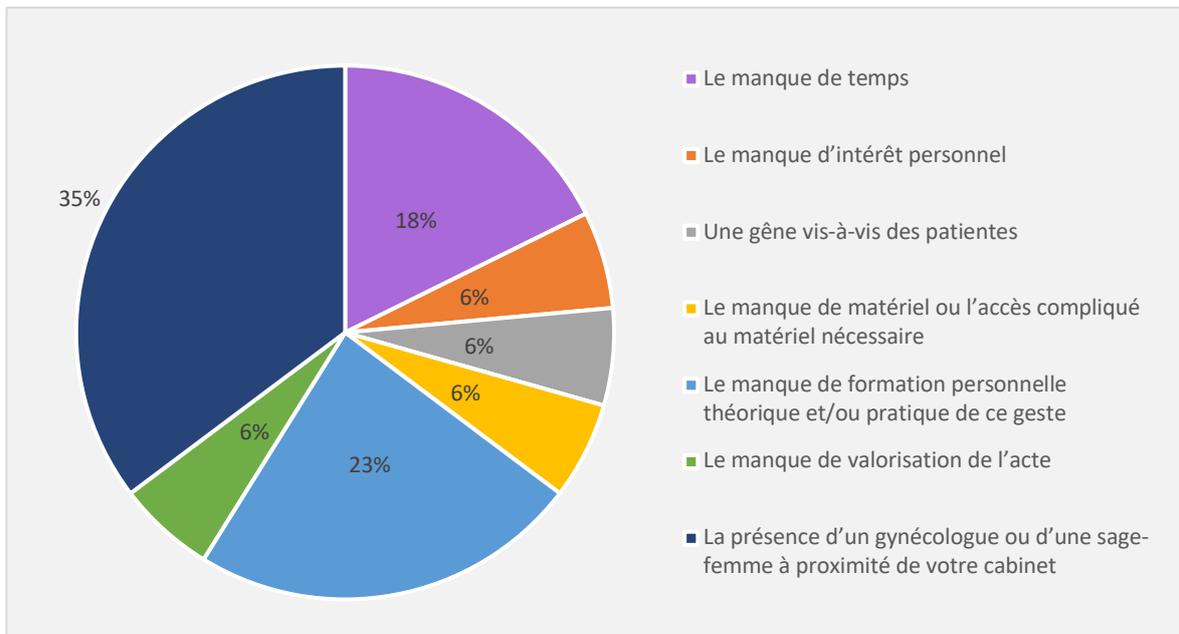


Figure 25 : Répartition des facteurs limitant la réalisation de FCU dans le groupe de praticiens qui n'en réalisent aucun (n=15)

4. Axes d'amélioration

Nous avons par ailleurs tenté de trouver des axes d'amélioration, qui pourraient permettre d'accroître le nombre de dépistages réalisés chez les MG installés. A chacune des propositions, nous avons tenté de les associer à différents degrés d'utilité.

Tout d'abord, la proposition de distribution de posters et/ou brochures par les autorités sanitaires dans les cabinets de médecine générale est jugée peu utile ou inutile dans plus de 50% des cas dans les deux groupes de l'étude. En effet, seulement 7% des MG ayant répondu au questionnaire jugent cette proposition indispensable, 36% la jugent très utile, 44% la jugent peu utile et 13% la jugent inutile (Figure 26).

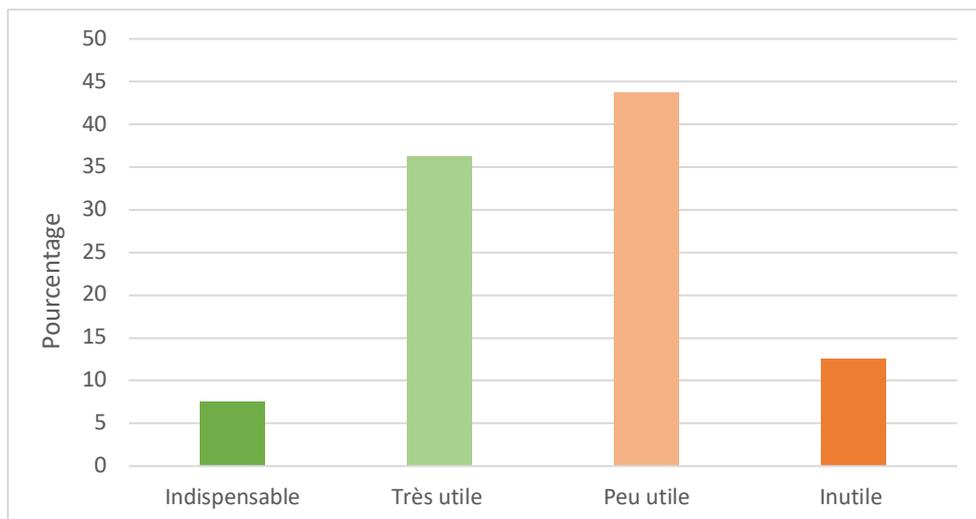


Figure 26 : Proposition de distribution de posters et/ou brochures par les autorités sanitaires dans les cabinets, selon le degré d'utilité

En ce qui concerne la réalisation d'une consultation dédiée au dépistage du CCU, elle est jugée comme indispensable chez 35 % des médecins, très utile chez 45% des médecins, peu utile chez 15% d'entre eux et inutile chez seulement 5% des médecins ayant répondu au questionnaire (Figure 27).

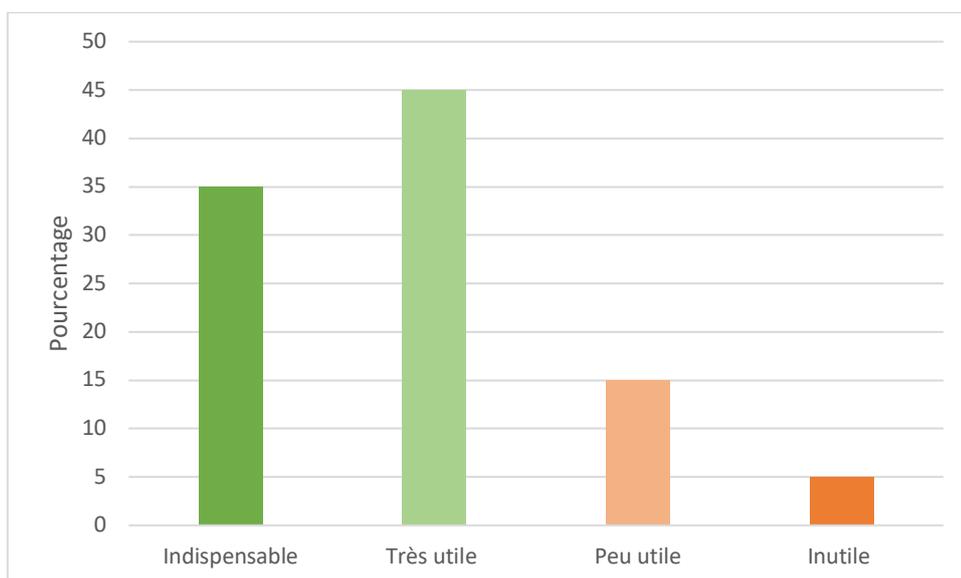


Figure 27 : Proposition de réalisation d'une consultation dédiée au dépistage du CCU, selon le degré d'utilité

En France, en 2023, un FCU par les MG se coûte 37,46 euros (G+JKD001) (44) ; et le coût pour un MG de réaliser un FCU comprend le matériel nécessaire au geste (spéculum, gants, brosse cytologique, flacon de prélèvement) et le transport pouvant

coûter au total entre 5,0 et 9,0 euros, à cela s'ajoute la table d'examen gynécologique. Sachant que cette consultation est dédiée à un dépistage, c'est l'occasion pour le médecin de faire de la prévention ; ce qui peut prendre du temps et donc être une consultation plus longue qu'habituellement.

La proposition de valorisation financière de l'acte est jugée indispensable pour 36% des MG ayant répondu au questionnaire, très utile pour 38% d'entre eux, peu utile dans 20% d'entre eux et inutile pour 6% d'entre eux (Figure 28).

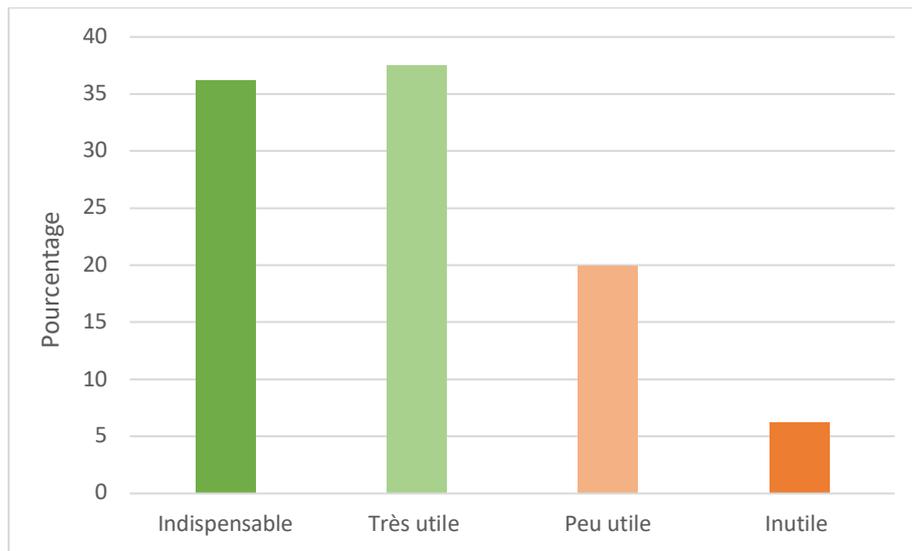


Figure 28 : Proposition d'une valorisation financière de l'acte de dépistage du CCU, selon le degré d'utilité

Ensuite, pour la proposition d'un meilleur approvisionnement en matériel, il apparait que seuls 9% des médecins la jugent indispensable, 29% la jugent très utile, 42% la jugent peu utile et 20% inutile (Figure 29).

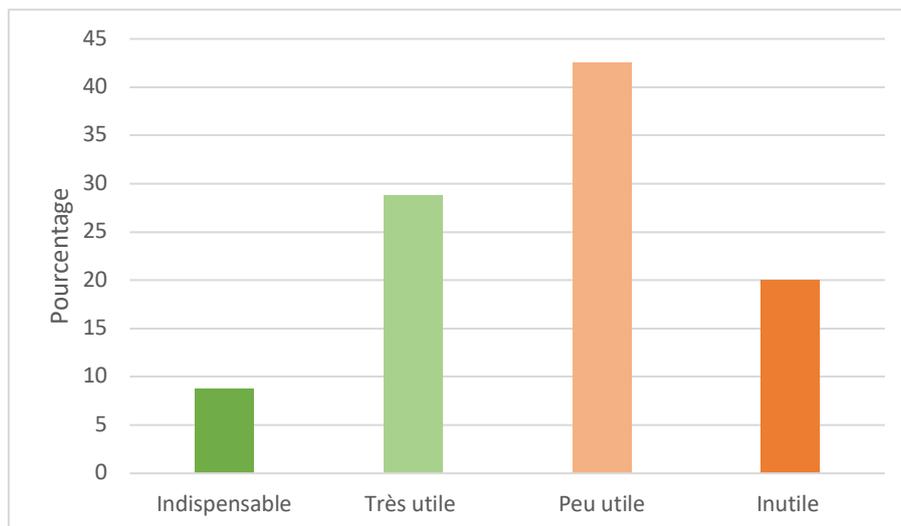


Figure 29 : Proposition d'un meilleur approvisionnement en matériel, selon le degré d'utilité dans les groupes 1 et 2

La promotion par les pouvoirs publics du dépistage du CCU auprès des patientes est une mesure jugée pour plus de 80% des médecins comme indispensable (36%) ou très utile (48%), contre seulement 9% des praticiens la jugent peu utile et 6% d'entre eux la jugent inutile (Figure 30).

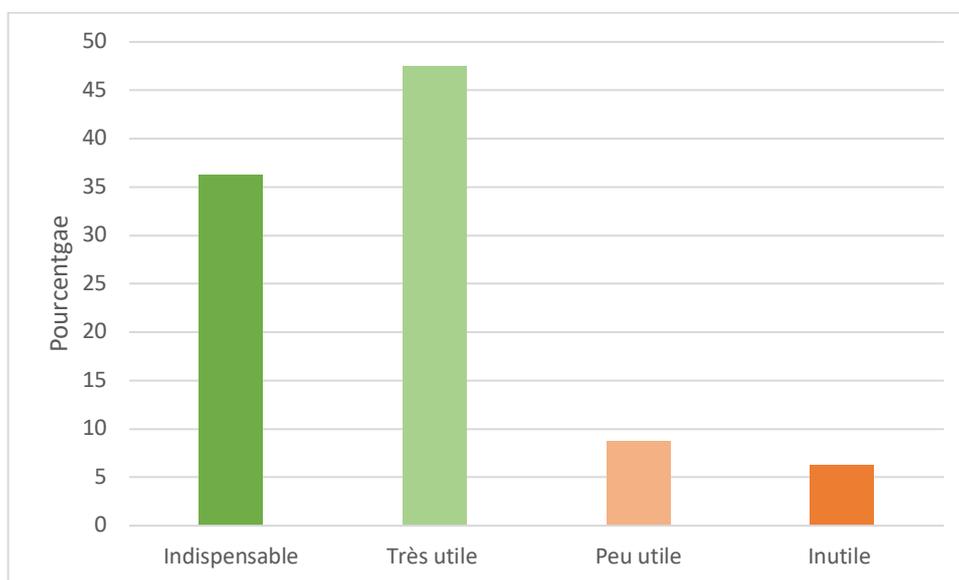


Figure 30 : Proposition de la promotion par les pouvoirs publics de ce dépistage auprès des patientes, selon le degré d'utilité

La formation pratique type FMC avec la réalisation de FCU sur mannequins est jugée comme peu utile chez 26% des MG voire inutile chez 35% d'entre eux. Néanmoins, 29% la jugent très utile et 9% indispensable (Figure 31).

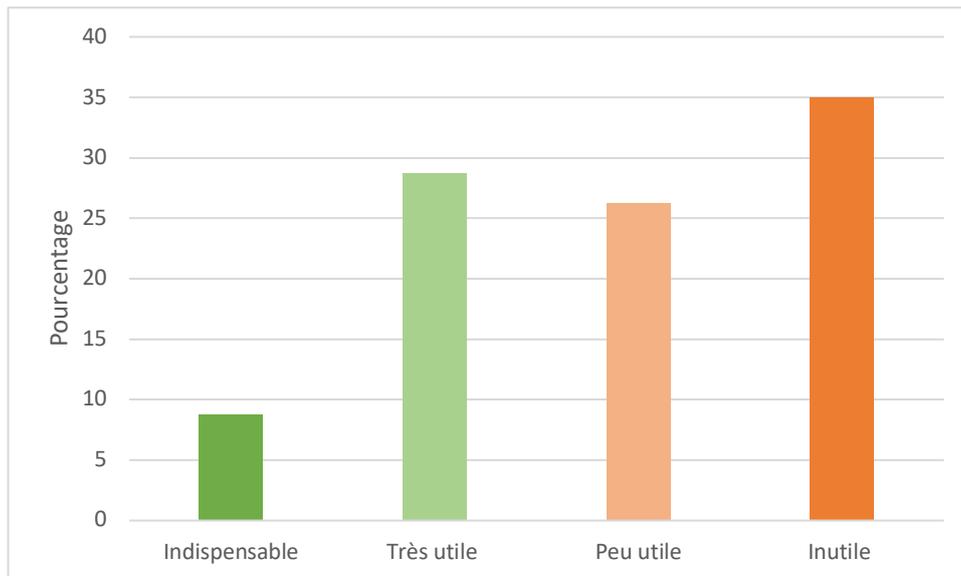


Figure 31 : Proposition d'avoir une formation pratique type FMC avec la réalisation de FCU sur mannequins, selon le degré d'utilité

La proposition d'avoir une formation sur la prise en charge des FCU pathologiques est perçue différemment par les deux groupes. En effet, dans le groupe 1, 74% considèrent cette mesure comme indispensable ou très utile contre 33% des médecins du groupe 2, et parmi ces derniers, 40% considèrent cette mesure comme inutile (Figure 32).

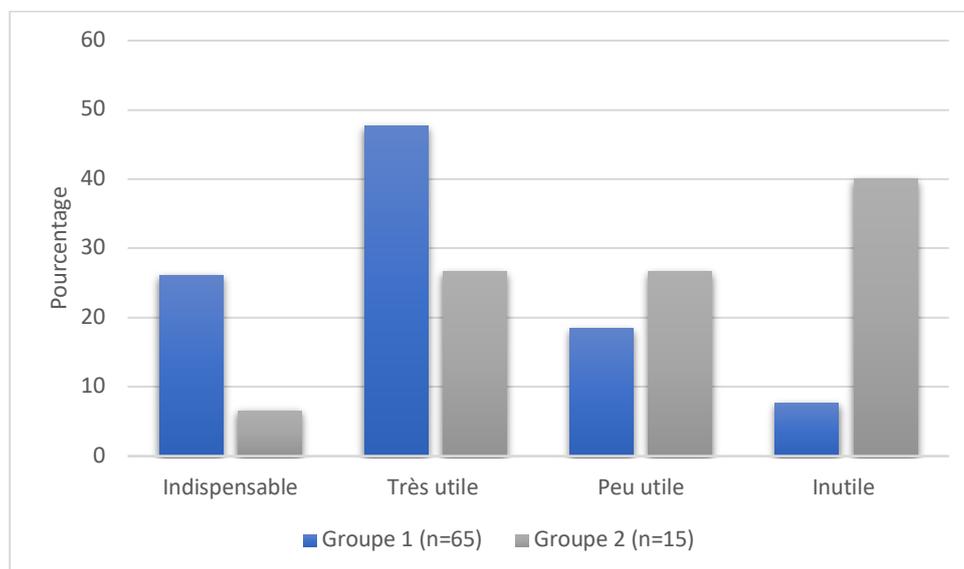


Figure 32 : Avoir une formation sur la prise en charge des FCU pathologiques, selon le degré d'utilité dans les groupes 1 et 2

Au total, au sein des deux groupes, les 3 axes d'amélioration jugées les plus indispensables ou très utiles sont la réalisation de consultations dédiées à ce dépistage, la promotion par les pouvoirs publics de ce dépistage auprès des patientes et la valorisation financière de l'acte.

Les mesures jugées les plus inutiles dans le groupe 1 sont un meilleur approvisionnement en matériel et une formation pratique type FMC avec réalisation de FCU sur mannequins alors que dans le groupe 2, les mesures jugées les plus inutiles sont de bénéficier d'une formation pratique type FMC avec réalisation de FCU sur mannequins et d'une formation sur la prise en charge des FCU pathologiques.

A la question « *Avez-vous d'autres mesures à proposer pour augmenter le nombre de dépistages du cancer du col utérin par les médecins généralistes ?* », sont évoquées : la sensibilisation des médecins à la prévention en général, l'incitation des patientes à réaliser leur FCU chez les MG dans le but de désengorger les rendez-vous chez les gynécologues, la publicité télévisuelle, un système de message électronique ou de SMS pour les patientes de chaque médecin traitant, avec un rappel une fois par an du type "avez-vous fait un FCV ces 3 dernières années ? si vous n'avez pas de gynécologue, sachez que votre médecin traitant ou l'un de ses collègues pratique probablement cet acte. Renseignez-vous auprès de lui.", le recrutement des assistants médicaux (pour faciliter l'installation de la patiente, du matériel, et la gestion des prélèvements) et enfin la sensibilisation des populations précaires et immigrées.

A cette même question, sont également avancés l'augmentation du nombre de praticiens sur certains secteurs pour prendre le temps de réaliser l'examen gynécologique, de dédier un mois au dépistage du CCU ou de l'inclure dans « Octobre rose », d'augmenter le nombre de MG et de libérer du temps médical et administratif. Sont également soulevés le problème du coût pour que le laboratoire vienne chercher les prélèvements dans les cabinets ruraux et enfin, une relance systématique comme pour le cancer du sein ou le cancer colorectal.

La dernière question facultative était réservée aux commentaires libres. Voici les principaux éléments que nous avons relevés :

- Le problème du partage de l'activité de dépistage avec les sages-femmes : depuis que les sages-femmes sont habilitées à réaliser les FCU, les MG ont

l'impression d'en réaliser moins souvent conduisant à une démobilitation de fait dans le suivi gynécologique de leurs patientes.

- Les médecins hommes rencontrent des obstacles dans la pratique de l'examen gynécologique : ils ressentent une réticence des patientes à cet examen invasif source d'anxiété, dans un contexte de méfiance vis-à-vis des violences gynécologiques.
- La coordination du dépistage est problématique, notamment pour obtenir les résultats des FCU réalisés par un autre professionnel, souhait des MG d'être mis en copie pour les résultats des compte rendus anatomopathologiques pour assurer un meilleur suivi des patientes.
- Le problème d'information des femmes sur la compétence des MG à réaliser les FCU.
- Le manque de MG qui engendre une diminution du temps pour réaliser le FCU.
- Le problème du manque de spécialistes dans certains secteurs pour assurer un suivi spécialisé pour chaque patiente.
- Des consultations à motifs multiples posent le problème du temps pour les FCU.
- Le matériel de certains MG n'est pas adapté pour un suivi gynécologique.
- Le coût du passage du prestataire pour acheminer les prélèvements au laboratoire est élevé en zone rurale.

Discussion

Notre étude avait pour but d'étudier la place des MG dans la réalisation du dépistage du CCU en Franche-Comté. Malgré le faible taux de participation, nous avons pu confirmer certaines données et dégager de nouvelles perspectives.

1. Résultats principaux et comparaison avec la littérature

Pour rappel, nous constatons que 81% des MG de Franche-Comté réalisent des FCU au sein de leur cabinet. Nous mettons en évidence une différence significative au niveau du sexe entre les deux groupes : les MG réalisant des FCU sont pour 81% d'entre eux des femmes, et ceux n'en réalisant pas sont pour 80% d'entre eux des hommes. En ce qui concerne les autres caractéristiques du groupe 1 et du groupe 2, il apparaît des tendances :

- Un âge plus jeune chez les MG du groupe 1 (42 ans) par rapport aux MG du groupe 2 (49 ans) ;
- Une installation au sein d'un cabinet de groupe plus fréquente pour le groupe 1 (82%) que pour le groupe 2 (67%) ;
- Une installation plus récente des MG du groupe 1 (54% sont installés depuis moins de 10 ans contre 33% dans le groupe 2) ;
- Un nombre de consultations par jour plus faible dans le groupe 1 que dans le groupe 2 (35% des MG du groupe 1 reçoivent plus de 25 patients par jour contre 47% des MG du groupe 2) ;
- Une proportion de MSU plus grande chez les praticiens du groupe 1 (57% chez les MG réalisant des FCU contre 47% chez les MG n'en réalisant pas) ;
- Une formation différente entre les 2 groupes : 17% des MG du groupe 1 ont un DU/DIU en gynécologie et 35% d'entre eux ont réalisé une FMC, alors qu'au sein du groupe 2, aucun n'a de DU/DIU en gynécologie et seulement 13% ont réalisé une FMC en gynécologie.

1.1 Caractéristiques propres des médecins généralistes impliqués dans le dépistage du CCU

Tout d'abord, dans notre étude, 81% des MG réalisent des FCU. Ce qui est similaire avec d'autres études sur ce sujet : 89,3% des médecins de l'étude dans le département de l'Eure en réalisent (41) et 90,8% des médecins de l'étude picarde (45). En revanche, dans une étude menée plus récemment dans les Bouches-Du-Rhône en 2022, seuls 46,3% des médecins interrogés réalisent des FCU (46). Cela peut potentiellement s'expliquer par une variation de la densité de gynécologues et/ou sages-femmes selon les départements et régions de France ou un potentiel désengagement des MG dans le suivi gynécologique au cours du temps.

D'après le CNOM, l'âge moyen des MG en Franche-Comté était de 51,5 ans en 2013 contre 43 ans dans notre étude. Il a été observé une différence significative au niveau du sexe entre les deux groupes. Le pourcentage de femmes MG installées en Franche-Comté était de 43% en 2013 contre 65.6% dans notre étude (47,48). Les MG femmes seraient potentiellement plus intéressées par le sujet de l'enquête sur le thème de la gynécologie. Le pourcentage de femmes MG réalisant des FCU est variable selon les études : de 44.4% dans l'étude picarde, 62.52% dans l'étude réalisée dans le Pays de la Loire (45,49).

Dans notre étude, plus de 50% des médecins interrogés de l'ensemble des 2 groupes sont installés depuis moins de 10 ans, 47% exercent en zone rurale, 79% en cabinet de groupe, 55% sont MSU. En revanche, dans l'étude picarde : 34,70% sont installés depuis moins de 10 ans, 66,7% exercent en zone rurale, 41,3% sont MSU et 74,7% exercent en cabinet de groupe (41). Parallèlement, dans l'étude réalisée dans les Bouches-du-Rhône : 25,4% des médecins sont installés depuis moins de 10 ans, 85,1% exercent en milieu urbain et 47,8% en cabinet de groupe (46).

Nous pouvons mettre en évidence des similitudes entre les caractéristiques des MG réalisant des FCU de ces 3 études (41,45,46) et les résultats de notre étude (Tableau 2). Ces chiffres reflètent la diversité des profils des MG libéraux au sein du territoire et donc la disparité des pratiques qui peut en découler.

Tableau 2 : Comparaison des caractéristiques des MG réalisant des FCU dans 3 études : dans l'Eure, les Bouches-du-Rhône et en Picardie et dans la notre

	<i>Franche-Comté (n=65)</i>	<i>Eure (n=67)</i>	<i>Bouches-du-Rhône (n=31)</i>	<i>Picardie (n=72)</i>
<i>Sexe : femme</i>	82%	44,8%	80,6%	44,4%
<i>Âge moyen (années)</i>	42	48,4	48,8	47,7
<i>Temps d'installation</i>				
<i><10 ans</i>	54%	34,3%	32,2%	28,2%
<i>>20 ans</i>	18%	40,3%	45,2%	52,8%
<i>Exercice en zone rurale</i>	49%	62,7%	22,6%	30,6%
<i>Exercice en cabinet de groupe</i>	82%	74,6%	48,4%	55,6%
<i>MG MSU</i>	57%	46,3%	/	/
<i>Formations</i>				
<i>DU/DIU en GO</i>	17%	14,9%	22,6%	/
<i>FMC</i>	35%	10,6%	/	/
<i>Stages universitaires</i>	82%	74,6%	/	/

1.2 Perception de l'implication des MG dans le dépistage du CCU

Il est intéressant de noter que plus de 95% des MG qui réalisent des FCU estiment être des acteurs essentiels dans le dépistage du CCU. Seuls 33% des médecins ne réalisant pas de FCU partagent cette opinion. Il est important de souligner que malgré cette différence d'opinion, tous les médecins reconnaissent l'efficacité du dépistage du CCU. La perception de leur rôle dans le dépistage peut influencer la décision des médecins de réaliser des FCU ou non. Par ailleurs, les MG qui réalisent des FCU recommandent plus fréquemment le dépistage avant 50 ans, tandis que ceux qui ne réalisent pas de FCU recommandent le dépistage du CCU plus fréquemment après 50 ans. Cette différence dans les recommandations peut être liée à des variations dans la perception des risques et des bénéfices du dépistage à différents âges, malgré le fait que les recommandations officielles de la HAS ne font aucune différence entre les tranches d'âge (31). Il est essentiel de prendre en compte ces différences pour adapter les recommandations et les stratégies de dépistage en

fonction des différentes populations cibles en impliquant directement le MG dans l'organisation des soins.

1.3 Limites et axes d'amélioration de ce dépistage par les MG

Nous avons constaté qu'il existait des facteurs favorisant et d'autres limitant la réalisation du FCU qui pouvaient être travaillés afin d'améliorer l'efficacité du dépistage.

Les principaux freins avancés sont en partie similaires à ceux relevés par le CAIRN en Rhône-Alpes en 2012, dans l'étude picarde de 2017, celles réalisée au Puy-de-Dôme et dans l'Eure en 2018 et l'étude en Bouches-du-Rhône en 2022 : le manque de temps, le manque d'intérêt personnel, la présence d'une sage-femme ou d'un gynécologue à proximité, et le manque de formation personnelle théorique et/ou pratique (41,45,46,50,51). Le manque de formation personnelle peut être illustré par la question des axes d'amélioration pour laquelle un MG propose une relance systématique comme pour le cancer du sein ou le cancer colorectal, ce qui est mis en place pour que le dépistage du CCU soit un dépistage organisé, depuis le 1^{er} janvier 2019. Cela pose la question de la mise à jour des MG concernant les recommandations en Gynécologie et Obstétrique.

En ce qui concerne les leviers jugés les plus utiles pour favoriser la participation des MG au dépistage du CCU, les deux groupes ont identifié trois éléments clés : la valorisation financière de l'acte de réalisation des FCU, la mise en place de consultations dédiées spécifiquement au dépistage du CCU et la promotion par les pouvoirs publics de ce dépistage auprès des patientes. Tous sont considérés comme des moyens efficaces de sensibiliser et d'encourager la participation.

Dans l'étude réalisées dans le département de l'Eure (41), on retrouve comme facteurs incitatifs :

- La mise en place du dépistage organisé
- L'augmentation de la demande devant la diminution du nombre de gynécologues
- La mise en place d'une consultation dédiée à ce dépistage
- La revalorisation financière de l'acte
- Une formation pratique à la réalisation de ce dépistage

Dans l'étude réalisée dans les Bouches-du-Rhône (46), les facteurs incitatifs sont les suivants :

- La mise en place du dépistage organisé
- L'augmentation de la demande devant la diminution du nombre de gynécologues
- La mise en place d'une consultation dédiée à ce dépistage
- La revalorisation financière de l'acte
- Une formation pratique et une formation théorique sur la prise en charge des FCU pathologiques.

2. Apport de notre étude

Le questionnaire soumis présente plusieurs points forts qui renforcent la fiabilité et la pertinence des résultats obtenus.

Tout d'abord, l'anonymat des réponses permet de diminuer le biais de prévarication et le choix d'un questionnaire en ligne diminue les erreurs de retranscription du recueil de données. Le faible pourcentage de questions sur des données rétrospectives (5%) permet de diminuer le biais de mémorisation.

De plus, l'étude adopte une approche mixte en recueillant à la fois des données quantitatives et qualitatives. Cette combinaison permet une meilleure compréhension du sujet étudié en fournissant des données numériques sur la participation des MG, ainsi que des informations approfondies sur leurs perceptions, attitudes et recommandations envers le dépistage du CCU auprès de leurs patientes.

L'envoi du questionnaire à des MG exerçant dans 4 départements différents contribue à la représentativité des résultats. Le recrutement des médecins interrogés a été réalisé par recensement de la population médicale ciblée par l'intermédiaire de l'URPS qui recense 1076 MG libéraux avec une adresse mail connue, soit plus de la moitié des MG libéraux recensés au 1^{er} Janvier 2023 selon l'Atlas du CNOM (52).

La diversité des médecins généralistes interrogés, en termes de sexe, d'âge, de lieu d'exercice et d'autres caractéristiques pertinentes, permet d'obtenir une vision globale et nuancée de la situation du dépistage du CCU en Franche-Comté, ce qui reflète au mieux la réalité de l'offre en soins primaires du secteur libéral.

Les résultats de cette enquête, s'ajoutant à celles réalisées dans d'autres départements, peuvent être utilisés comme base pour le développement de stratégies

et de mesures concrètes visant à augmenter l'engagement des MG dans ce dépistage. Les recommandations pouvant être issues de cette étude ont le potentiel d'avoir un impact positif sur la pratique des MG et, par conséquent, sur la prévention et la détection précoce du CCU au sein des départements composant la Franche-Comté.

Ces points forts confirment les résultats obtenus dans l'autres régions et offrent ainsi des bases solides pour la mise en place de mesures visant à améliorer la participation des MG dans le dépistage du CCU.

3. Limites et biais de l'étude

Il convient de noter que cette étude présente certaines limites.

Parmi celles-ci, seuls 80 MG libéraux ont répondu à notre questionnaire en ligne soit 7,43% au total. Ce taux de participation est plus faible en comparaison avec les études similaires réalisées dans d'autres départements et régions du pays et diminue la représentativité de notre étude mais les tendances observées sont logiques. Le manque de réponse au questionnaire peut s'expliquer par la multitude de questionnaires envoyés au MG par messagerie électronique, ce qui peut les décourager face au peu de temps qu'ils peuvent y consacrer.

D'après le CNOM en 2021, la Franche Comté comptait 49,18% de femmes parmi les MG libéraux et la moyenne d'âge était de 55 ans dans cette population (43). Or, dans notre étude parmi les médecins interrogés, 70% étaient des femmes et la moyenne d'âge des médecins interrogés est de 43 ans. Cette disparité pourrait être attribuée à un facteur potentiel : l'âge. En effet, le mode de diffusion du questionnaire par courrier électronique, on peut supposer que les médecins plus âgés ont moins recours à Internet et à la messagerie électronique, ce qui aurait pu réduire leur participation à l'étude, et un potentiel intérêt plus marqué de la part des jeunes médecins pour l'enquête, les incitant ainsi à participer davantage.

Un biais de recrutement est à relever du fait que ce dernier soit basé sur le volontariat des médecins à répondre ou non à ce questionnaire. Nous pouvons donc imaginer que les médecins les plus intéressés par le dépistage du CCU ont tendance à répondre d'avantage au questionnaire envoyé, ce qui constitue un biais de sélection.

Des biais potentiels peuvent exister dans la collecte et l'analyse des données, et il est important de les prendre en compte lors de l'interprétation des résultats.

L'échantillon comprend plus de 70% de MSU ce qui peut également entraîner un biais de sélection. En effet, ces MG peuvent avoir un profil différent par rapport aux MG non MSU comme avoir une pratique plus proche des nouvelles recommandations car ces dernières évoluent régulièrement dans ce domaine. Nous pouvons donc remarquer l'importance des FMC en médecine, en pointant le fait qu'un MG ne peut pas être à jour dans tous les domaines et son intérêt pour certaines branches médicales sont indissociables à ses pratiques.

4. Perspectives

Alors que les effecteurs principaux du dépistage du CCU sont les gynécologues, le nombre de GM et de gynécologues obstétriciens en Franche-Comté diminue au fil des années (Annexes 4 et 5) (43).

D'après le Projet Régional de la Santé de Bourgogne Franche-Comté 2018-2028 publié par l'ARS en 2017, la part de la population vivant en zone rurale est supérieure à la moyenne nationale avec 44% d'habitants vivant en communes rurales contre 23% en France métropolitaine. La densité de gynécologues (obstétriciens et médicaux) en BFC est inférieure à la moyenne nationale : 148.9 pour 100 000 habitants en BFC en 2016 contre 185.4 en France métropolitaine. Les MG jouent donc un rôle important dans le suivi et l'orientation vers un spécialiste pour leurs patients. C'est pour quoi l'ARS rappelle l'importance des soins de premier recours comme un maillon essentiel pour assurer la qualité des soins et permettre d'élargir au maximum les actions de dépistage recommandées en population générale (53).

Depuis 2018, le dépistage du CCU est un dépistage organisé. D'après le panorama des cancers publié en 2021 par l'INCa, sur la période 2016-2018, le taux de participation au dépistage s'élevait à 59,5% alors que l'objectif est de 80%, la mise en place du dépistage organisé a pour objectif d'augmenter ce taux (2).

Par ailleurs, l'ARS insiste également sur le besoin d'améliorer la médecine préventive, ce qui nous conforte sur le fait de tout mettre en œuvre afin d'améliorer l'accès au dépistage des pathologies fréquentes et potentiellement délétères, ainsi que la médecine personnalisée, qui prend en compte l'environnement bio-psycho-social de chaque patiente, qui est normalement bien connu des médecins traitants (53).

Nous observons que la perception de l'efficacité du dépistage du CCU par les MG libéraux de Franche-Comté n'est pas l'unique facteur pris en compte pour déterminer la conduite des médecins.

L'INCa a mis à disposition des documents informatifs à destination des patientes et des médecins (Annexes 6 et 7), comme une affiche et un dépliant sur son site internet afin de sensibiliser et aider à la fois les patientes et les praticiens (54). Dans notre étude, les praticiens trouvent que la promotion de ce dépistage par les pouvoirs publics serait un potentiel axe d'amélioration. Il serait donc intéressant d'informer les médecins de l'existence de documents accessibles sur internet, ou leur envoi dans les cabinets médicaux et de mieux informer les patientes sur le fait que ce dépistage est réalisable par leurs MG.

Le référentiel national de Dépistage du CCU publié en mai 2022 (55) nous informe des possibilités de réaliser ce dépistage de masse, dans les années à venir, à l'aide d'auto-prélèvements vaginaux, réalisables au domicile, afin d'élargir le nombre de dépistage du CCU en général, en particulier pour les femmes qui ne se font jamais ou insuffisamment dépister ou celles chez qui l'examen gynécologique est difficile (pour des raisons de pudeur, culturelles ou ayant subi des traumatismes). Dans le rapport au Président de la République publié en février 2023, l'alternative a été proposée en utilisant le test HPV-HR réalisé par auto-prélèvement vaginal pour les femmes de 30 à 65 ans qui ne se font pas ou se font peu dépister. Cette méthode a montré une augmentation de la participation au dépistage chez les femmes non participantes, compensant les coûts supplémentaires si un dispositif d'auto-prélèvement peu coûteux est utilisé. Un référentiel national a été publié pour définir les modalités d'utilisation de cette méthode alternative, notamment en ce qui concerne l'organisation et les caractéristiques techniques des dispositifs d'auto-prélèvement et des tests HPV-HR. L'intégration de cette méthode dans le programme de dépistage organisé des CCU a été annoncée lors d'une réunion du comité national de suivi. L'Assurance Maladie mettra en place un circuit de distribution, de collecte et d'analyse des auto-prélèvements vaginaux, et les résultats seront partagés avec le médecin traitant et le Centre Régional de Dépistage des Cancers pour faciliter l'accès aux soins en cas de résultat positif (56).

Conclusion

En rappelant l'importance de ce dépistage, réalisé actuellement par un pourcentage de femmes insuffisant, la totalité des MG ont leur place dans cette politique de prévention. Ce dépistage s'inscrit dans une volonté de réorienter la politique sanitaire du pays vers la prévention qui a trop longtemps été méprisée.

Les MG qui réalisent des FCU ont tendance à être : plus jeunes, installés plus récemment, en cabinet de groupe, volontaires pour encadrer eux-mêmes des étudiants en médecine (MSU), bénéficiant d'une formation plus spécifique (DU/DIU en gynécologie et FMC).

Les principaux freins relevés dans notre enquête sont : le manque de temps, les préférences de la patiente, la présence de gynécologue ou sage-femme à proximité et le manque de formation pratique ou théorique.

Des axes d'amélioration existent comme la mise en place d'une consultation dédiée au dépistage du CCU en médecine générale, la valorisation financière de l'acte et la promotion par les pouvoirs publics pour réaliser ce dépistage chez son MG.

Annexes

Annexe 1 : Mail envoyé aux médecins généralistes




A l'attention des Médecins Généralistes de Franche-Comté,

Chère Consoeur, Cher Confrère,

Nous vous faisons suivre ci-dessous une invitation à participer à un travail de thèse sur le thème :

**Étude de la place des médecins généralistes
dans la réalisation du dépistage du cancer du col de l'utérus en Franche-Comté**

[Questionnaire](#)

Merci de participer à la recherche en médecine Générale
Bien confraternellement,

Dr Aurélien Vaillant,

Coordonnateur du collège des Médecins Généralistes
URPS Médecin Libéral en Bourgogne Franche-Comté

Chers Confrères, Chères Consoeurs,

Je suis Ameline Bénard, interne en 6^{ème} semestre de médecine générale à Besançon.

J'ai le plaisir de vous contacter pour solliciter votre aide dans le cadre d'un projet de thèse concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus par les médecins généralistes en Franche-Comté.

Cette thèse s'intitule :

« Étude de la place des médecins généralistes dans la réalisation du dépistage du cancer du col de l'utérus en Franche-Comté. »

L'objectif de cette étude est de décrire les caractéristiques des médecins généralistes réalisant des frottis cervico-utérins et celles des médecins généralistes n'en réalisant pas, et de mettre en évidence des mesures à mettre en place pour augmenter le nombre de dépistages réalisés par les médecins généralistes.

Cette étude est dirigée par le **Dr Camille NALLET**, chef de clinique au sein du pôle mère-femme du Centre Hospitalier Universitaire de Besançon.

Il s'agit d'une étude anonyme qui sera menée auprès des médecins généralistes libéraux installés en Franche-Comté, grâce à ce questionnaire en ligne de 20 questions : [Lien vers le formulaire](#)

En vous remerciant pour le temps que vous y consacrerez et pour votre précieuse contribution.

Bien confraternellement,

Ameline Bénard,
ameline.benard29@gmail.com

URPS Médecin Libéral en Bourgogne Franche Comté
36 avenue Françoise Giroud - 21000 DIJON
Tél : 03 80 58 84 88 - Fax : 03 80 58 85 07

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent. Pour l'exercer, contactez-nous par retour courrier.
Vous souhaitez vous désinscrire ? Cliquez ici

Annexe 2 : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes



Place des médecins généralistes dans la réalisation du dépistage du cancer du col de l'utérus en Franche-Comté.

1. Quel est votre sexe ?

- Féminin
- Masculin

2. Quel âge avez-vous ?

3. Travaillez-vous en cabinet :

- Seul(e)
- De groupe (avec plusieurs médecins)

4. Depuis combien de temps êtes-vous installé(e) ?

- < 10 ans
- ≥ 10 ans mais < 20 ans
- ≥ 20 ans

5. Dans quel secteur exercez-vous ?

- Urbain
- Rural

6. Quel est votre volume de patientèle ?

- < 500 patients
- Entre 500 et 1000 patients
- Entre 1000 et 1500 patients
- Plus de 1500 patients

7. Combien voyez-vous de patients par jour en moyenne ?

- 15 patients ou moins (≤ 15)
- Entre 16 et 25 patients
- Plus de 25 patients (> 25)

8. Dans quel département exercez-vous ?

- Doubs
- Haute-Saône
- Territoire de Belfort
- Jura

9. Etes-vous Maître de Stage Universitaire ?

- Oui
- Non

10. Quelle formation en gynécologie avez-vous reçue (plusieurs réponses possibles) ?

- Un stage d'externat en gynécologie
- Un stage d'internat en gynécologie
- Un Diplôme Universitaire en gynécologie obstétrique
- Une formation complémentaire autre que le DU dont les Formation Médicale Continue (FMC)
- Autre

11. Vous sentez-vous comme un acteur essentiel dans le dépistage du cancer du col de l'utérus ?

- Oui, complètement
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non, pas du tout
- Ne se prononce pas

12. Selon l'âge de vos patientes, à quelle proportion de chaque population cible proposez-vous chacun des 3 dépistages organisés ?

Chez les femmes âgées de 25 à 50 ans, recommandez-vous d'effectuer le dépistage du cancer du col utérin :

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Jamais

Chez les femmes âgées de 50 à 65 ans, recommandez-vous d'effectuer le dépistage du cancer du col utérin :

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Jamais

Chez les femmes âgées de 50 à 74 ans, recommandez-vous d'effectuer le dépistage du cancer colorectal :

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Jamais

Chez les femmes âgées de 50 à 74 ans, recommandez-vous d'effectuer le dépistage du cancer du sein :

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Jamais

13. Considérez-vous que le dépistage du cancer du col de l'utérus soit un dépistage efficace pour éliminer le diagnostic de lésions précancéreuses, lorsqu'il est réalisé ?

- Tout à fait
- Moyennement
- Pas du tout

14. Réalisez-vous vous-même le dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis cervico utérin à certaines de vos patientes ?

- Oui
- Non

Si oui, combien en réalisez-vous par mois environ ?

- ≤ 2
- Entre 2 et 5
- Entre 6 et 10
- Entre 11 et 15
- 16 ou plus

Si non, à qui adressez-vous le plus souvent vos patientes pour ce dépistage ?

- Un confrère ou une consœur généraliste
- Un gynécologue
- Une sage-femme
- Un laboratoire d'analyse médicale
- Vous n'évoquez pas ce dépistage avec vos patientes
- Autre :

15. Vous assurez-vous systématiquement que vos patientes réalisent leur frottis ailleurs pour les patientes ne le réalisant pas chez vous ?

- Oui toujours
- Parfois
- Rarement
- Jamais

16. Pour les patientes chez qui vous ne réalisez pas ce dépistage, quelles en sont les raisons ?

- Le manque de temps
- Le manque d'intérêt personnel
- Une gêne vis-à-vis des patientes
- Le manque de matériel ou l'accès compliqué au matériel nécessaire
- Le manque de formation personnel théorique et/ou pratique de ce geste
- Le manque de valorisation de l'acte
- La présence d'un gynécologue ou d'une sage-femme à proximité de votre cabinet
- Autre :

17. Quelles mesures souhaiteriez-vous voir mettre en place pour vous permettre de réaliser plus de frottis cervico utérins (FCU) et à quel degré d'utilité l'associeriez-vous ?

- Distribution de posters et/ou brochures par les autorités sanitaires afin de les disposer dans votre cabinet
 - Indispensable
 - Très utile
 - Peu utile
 - Inutile

- Consultation dédiée au dépistage du cancer du col utérin
 - Indispensable
 - Très utile
 - Peu utile
 - Inutile
- Valorisation financière de l'acte
 - Indispensable
 - Très utile
 - Peu utile
 - Inutile
- Meilleur approvisionnement en matériel
 - Indispensable
 - Très utile
 - Peu utile
 - Inutile
- La promotion par les pouvoirs publics de ce dépistage par les généralistes auprès des patientes
 - Indispensable
 - Très utile
 - Peu utile
 - Inutile
- Avoir une formation pratique type FMC avec réalisation de FCU sur mannequin
 - Indispensable
 - Très utile
 - Peu utile
 - Inutile
- Avoir une formation pour la prise en charge des FCU pathologiques
 - Indispensable
 - Très utile
 - Peu utile
 - Inutile

18. Avez-vous d'autres mesures à proposer pour augmenter le nombre de dépistages du cancer du col utérin par les médecins généralistes ?

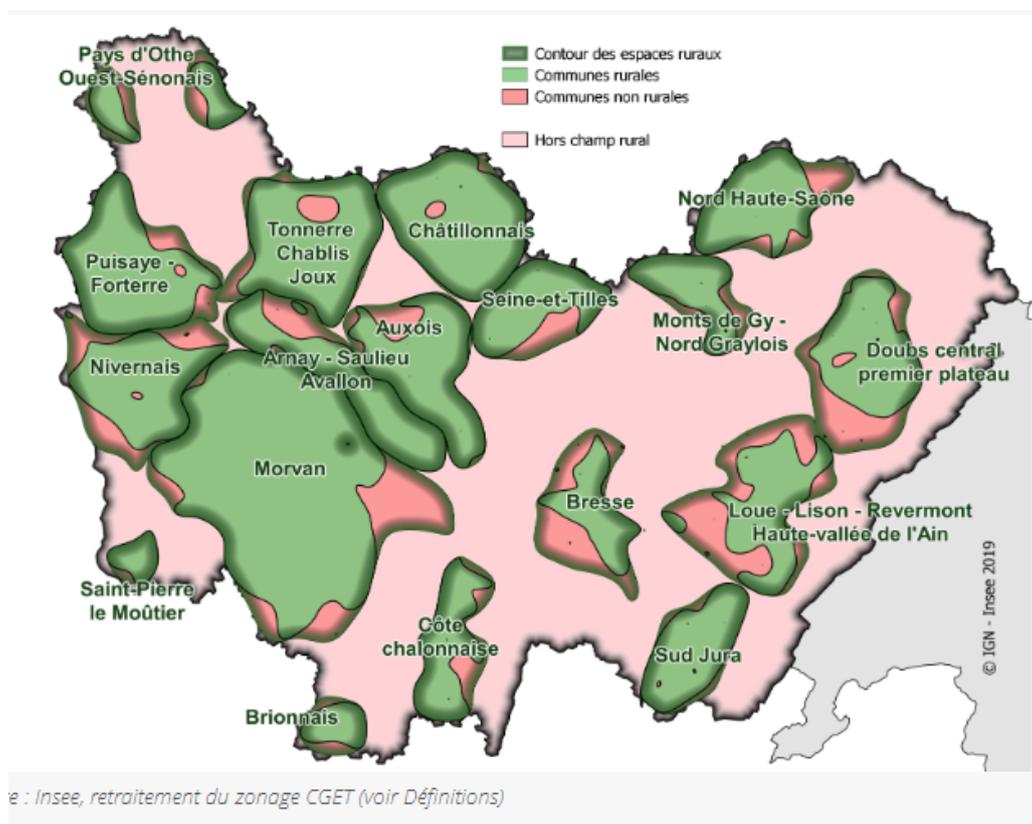
- *Texte libre*

19. Regrettez-vous qu'une partie ou que la totalité de vos patientes réalisent leur suivi gynécologique ailleurs (sages-femmes, gynécologues) ?

- Oui, complètement
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non, pas du tout

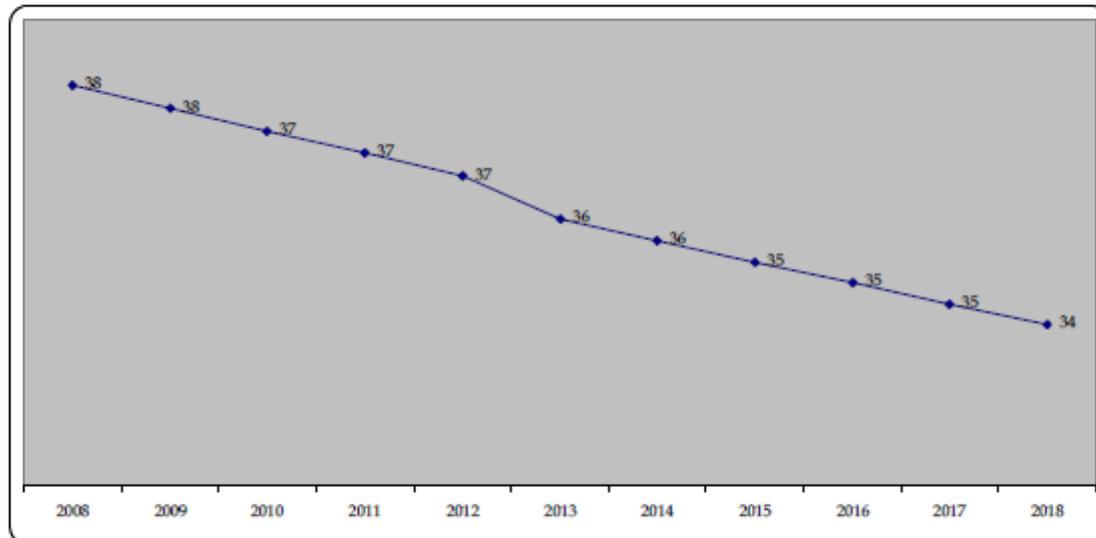
20. Commentaires libres :

Annexe 3 : Délimitations des 18 espaces ruraux de Franche-Comté

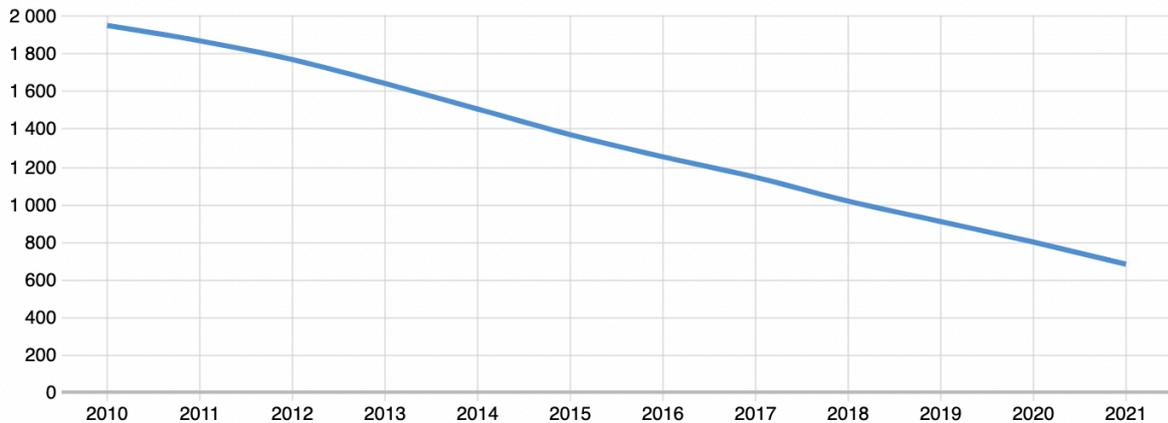


Annexe 4 : Évolution du nombre de GM en FC entre 2008 et 2018

● Graphique n°27 : Effectifs des gynécologues médicaux en mode d'exercice libéral/mixte sur la période 2008/2018



Annexe 5 : Évolution du nombre de gynécologue médicaux et obstétricaux totaux en FC entre 2012 et 2021



Annexe 6 : Affiche et dépliant de sensibilisation INCa à destination des patientes







DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

INFORMATION RELATIVE AU TRAITEMENT DE VOS DONNÉES PERSONNELLES ET À VOS DROITS

1. Qui traite mes données et pourquoi ?
Au titre de leur mission d'intérêt public, les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCCDC) constituent des fichiers d'invitation et assurent le suivi des personnes concernées par le dépistage.

2. De quelles données s'agit-il ?
Les CRCCDC recueillent des données concernant votre identité et votre santé auprès des caisses d'assurance maladie et des professionnels de santé concernés et les conservent jusqu'à la fin de votre suivi.

3. À qui seront transmises mes données ?
Les données nécessaires à votre suivi médical seront transmises aux CRCCDC et aux professionnels de santé concernés. Certaines données relatives aux évaluations et travaux statistiques (sans données identifiables) seront communiquées aux structures publiques en charge de ces missions, dont Santé publique France et l'Institut national du cancer (INCa). Ces données alimenteront la plateforme de données en cancérologie de l'INCa, afin d'étudier les parcours de soins, d'évaluer le dépistage de votre cancer et de conduire des études. Un rapprochement avec les données du Système national des données de santé pourra être effectué. Pour plus d'information sur la plateforme des données en cancérologie, vous pouvez consulter le site de l'INCa : <https://www.inca-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers> (seules les données nécessaires à l'information).

4. Quels sont mes droits sur mes données ?
Conformément au RGPD et à la loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation et d'opposition au traitement de vos données que vous pouvez exercer notamment en écrivant au CRCCDC de votre région (coordonnées auprès de votre médecin, de votre sage-femme ou sur le cancer.fr). Vous trouverez l'ensemble de ses coordonnées, celles de son représentant et celles de son délégué à la protection des données sur son site internet. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés.

5. Quelles sont les conséquences de l'exercice de mon droit d'opposition au traitement de mes données ?
Si, de façon définitive, vous ne souhaitez pas participer au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (opposition définitive), toutes vos données d'identification seront transmises au CRCCDC afin qu'il puisse prendre en compte votre opposition et vous ne serez pas invité à participer à ce dépistage. En cas d'opposition uniquement à la transmission de vos résultats au CRCCDC (examen de dépistage, examens complémentaires et diagnostics associés à celui de la cas échéant), celui-ci ne réalisera pas sa mission de suivi mais vous continuerez à figurer dans son fichier d'invitation et à être invitée à un prochain dépistage. Cette opposition doit être exercée auprès du professionnel de santé qui réalisera votre dépistage.

LE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

MON GUIDE PRATIQUE



"Je ne pensais pas que si jeune je pouvais avoir un cancer. Je pense que ce test m'a sauvée."
Fanny, 29 ans

"À mon âge, je ne pensais vraiment plus être à risque, j'ai bien fait de faire ce dépistage."
Hélène, 64 ans









Annexe 7 : Affiche et fiche pratique de l'INCa à destination des médecins



Outils pour la pratique professionnelle



Fiche pratique



Recommandations de pratique clinique



Fiche repères HPV

Bibliographie

1. SPF. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Définition des indicateurs de performance et format des données pour l'évaluation du programme national [Internet]. [cité 3 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/depistage-organise-du-cancer-du-col-de-l-uterus.-definition-des-indicateurs-de-performance-et-format-des-donnees-pour-l-evaluation-du-programme-nat>
2. INCa. Panorama des cancers en France. [Internet]. 2021. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/pdf_inca/preview/303372/4327939/file/Panorama%20des%20cancers%20en%20France_2021.pdf
3. Cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 3 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus>
4. de Martel C, Plummer M, Vignat J, Franceschi S. Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type. *Int J Cancer*. 15 août 2017;141(4):664-70.
5. Clones de référence HPV – hpvcenter [Internet]. 2023 [cité 17 juill 2023]. Disponible sur: https://www.hpvcenter.se/human_reference_clones/
6. Virus HPV (Papillomavirus Humain) - Docteur Benchimol : Gynécologue-obstétricien à Paris, France [Internet]. [cité 19 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.docteur-benchimol.com/virus-hpv-papillomavirus-humain.html>
7. Monsonego J, Zerat L, Syrjänen K, Zerat JC, Smith JS, Halfon P. Prévalence des génotypes d'HPV chez les femmes en France : implications pour le dépistage et la vaccination. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 1 mai 2013;41(5):305-13.
8. Schiffman M, Doorbar J, Wentzensen N, de Sanjosé S, Fakhry C, Monk BJ, et al. Carcinogenic human papillomavirus infection. *Nat Rev Dis Primer*. 1 déc 2016;2:16086.
9. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol*. sept 1999;189(1):12-9.
10. Trottier H, Mahmud S, Prado JCM, Sobrinho JS, Costa MC, Rohan TE, et al. Type-Specific Duration of Human Papillomavirus Infection: Implications for Human Papillomavirus Screening and Vaccination. *J Infect Dis*. 15 mai 2008;197(10):1436-47.
11. INCa. DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS : Organisation du programme de dépistage organisé. 2022.
12. Vinodhini K, Shanmughapriya S, Das BC, Natarajaseenivasan K. Prevalence and risk factors of HPV infection among women from various provinces of the world. *Arch Gynecol Obstet*. mars 2012;285(3):771-7.
13. Infections sexuellement transmissibles (IST) [Internet]. [cité 19 juill 2023]. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
14. International Agency for Research on Cancer WHO. List of classifications by cancer sites with sufficient or limited evidence in humans, IARC Monographs Volumes 1–134a

[Internet]. 2023. Disponible sur: https://monographs.iarc.who.int/wp-content/uploads/2019/07/Classifications_by_cancer_site.pdf

15. Pangarkar MA. The Bethesda System for reporting cervical cytology. *CytoJournal*. 2022;19:28.
16. Reich O, Regauer S, Marth C, Schmidt D, Horn LC, Dannecker C, et al. Precancerous Lesions of the Cervix, Vulva and Vagina According to the 2014 WHO Classification of Tumors of the Female Genital Tract. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2015;75(10):1018-20.
17. Loopik DL, Bentley HA, Eijgenraam MN, IntHout J, Bekkers RLM, Bentley JR. The Natural History of Cervical Intraepithelial Neoplasia Grades 1, 2, and 3: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Low Genit Tract Dis*. 1 juill 2021;25(3):221-31.
18. RJ K, ML C, CS H, RH Y. WHO Classification of Tumours of Female Reproductive Organs [Internet]. [cité 19 juill 2023]. Disponible sur: <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Who-Classification-Of-Tumours/WHO-Classification-Of-Tumours-Of-Female-Reproductive-Organs-2014>
19. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus - Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). 2013.
20. VIDAL [Internet]. [cité 19 juill 2023]. Classification ATC des médicaments. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/classification/atc/5715.html>
21. Les Infections à Papillomavirus humains (HPV) [Internet]. [cité 3 avr 2022]. Disponible sur: <https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Les-Infections-a-Papillomavirus-humains-HPV>
22. Laura Z. Haute Autorité de santé : Élargissement de la vaccination contre les papillomavirus aux garçons. 2019;177.
23. Fonteneau L. ÉVOLUTION DE LA COUVERTURE VACCINALE DU VACCIN CONTRE LE PAPILOMAVIRUS EN FRANCE – 2008-2018 / EVOLUTION OF HUMAN PAPILOMAVIRUS VACCINATION COVERAGE IN FRANCE – 2008-2018. :7.
24. INCa. STRATÉGIE DÉCENNALE DE LUTTE CONTRE LES CANCERS 2021-2030 : FEUILLE DE ROUTE 2021-2025. p. 58.
25. Prétet JL, Selmani Z, Mouglin C, Pepin-Puget L, Lepiller Q. [Vaccination against papillomavirus : arguments and evidence of effectiveness]. *Rev Prat*. janv 2020;70(1):99-103.
26. Bouvret P, Mouglin C, Prétet JL, Meurisse A, Bonnetain F, Fiteni F. Pratiques et attitudes des médecins généralistes de Besançon vis-à-vis de la vaccination anti-HPV. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2016;45(8):972-8.
27. Arbyn M, Xu L, Simoens C, Martin-Hirsch PP. Prophylactic vaccination against human papillomaviruses to prevent cervical cancer and its precursors. *Cochrane Database Syst Rev*. 9 mai 2018;2018(5):CD009069.
28. Machalek DA, Garland SM, Brotherton JML, Bateson D, McNamee K, Stewart M, et al. Very Low Prevalence of Vaccine Human Papillomavirus Types Among 18- to 35-Year Old Australian Women 9 Years Following Implementation of Vaccination. *J Infect Dis*. 23 avr 2018;217(10):1590-600.
29. Garland S, Giuliano A, Brotherton J, Moscicki A, Stanley M, Kaufmann A, et al. IPVS

statement moving towards elimination of cervical cancer as a public health problem. Papillomavirus Res. 27 févr 2018;5:87-8.

30. Conférence de Consensus sur le Dépistage du Cancer du Col Utérin (1990, Lille), and R. Renaud. Conférence de Consensus sur le Dépistage du Cancer du Col Utérin: XXXIIIe congrès de la Fédération des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française, Lille, 5-6-7-8 septembre 1990. Paris, Masson, 1990.

31. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 23 juin 2023]. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV-HR recommandé chez les femmes de plus de 30 ans. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3192618/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-hr-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans

32. Baraquin A, Pépin L, Floerchinger P, Lepiller Q, Prétet JL. Nouvelles recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Ann Pharm Fr. 1 mars 2023;81(2):202-9.

33. Arrêté du 23 mars 2018 portant modification de l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers.

34. INCa. 6ème rapport au président de la République - Plan Cancer 2014-2019. 2020 mars p. 58.

35. Dépistage du cancer du col de l'utérus : données 2017-2019 [Internet]. [cité 23 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-donnees-2017-2019>

36. GEODES - Santé publique France - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 11 avr 2022]. Disponible sur: <https://geodes.santepubliquefrance.fr/#c=indicator&selcodgeo=25&view=map2>

37. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.

38. Quelles évolutions du dépistage du cancer du col de l'utérus recommandées par la HAS ? [Internet]. [cité 6 juill 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-11/conf_presse_quelles_evolutions_du_depistage_du_cancer_du_col_2010-11-15_14-40-48_666.pdf

39. Médecins généralistes et dépistage des cancers. [Internet]. 2010. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/content/download/95857/1020700/file/ENQBAROMG11.pdf>

40. Safdar N, Abbo LM, Knobloch MJ, Seo SK. Research Methods in Healthcare Epidemiology: Survey and Qualitative Research. Infect Control Hosp Epidemiol. nov 2016;37(11):1272-7.

41. Couturier A. Le dépistage du cancer du col de l'utérus en médecine générale : stratégie actuelle et motivations. Une enquête auprès des médecins généralistes de l'Eure. 25 janv 2018;74.

42. Définition - Unité urbaine / Agglomération / Agglomération multicommunale / Agglomération urbaine / Agglomération / Agglomération multicommunale / Agglomération urbaine | Insee [Internet]. [cité 10 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1501>

43. CNOM. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale - Indicateurs : cartes,

données et graphiques [Internet]. [cité 2 juill 2023]. Disponible sur: https://demographie.medecin.fr/#bbox=517943,6834824,677576,442034&c=indicator&f=23&i=qualif.l&i2=demo_gen_tot.moy_act_tot&s=2021&s2=2021&view=map10

44. Assurance Maladie. CCAM en ligne - Classification Commune des Actes Médicaux [Internet]. [cité 8 août 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/fiche-abregee.php>

45. Amiens, Adriansen H. État des lieux de la pratique du frottis cervico-utérin par les médecins généralistes de Picardie. 2017;79.

46. Seveno M. Facteurs déterminants l'implication des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône dans le dépistage du cancer du col de l'utérus. 2022;112.

47. LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN RÉGION FRANCHE-COMTÉ Situation en 2013 [Internet]. [cité 6 juill 2022]. Disponible sur: https://www.conseil90-ordre-medecin.fr/userfiles/file/DemoFC_2013.pdf

48. Delattre E, Samson AL. Stratégies de localisation des médecins généralistes français : mécanismes économiques ou hédonistes ? Econ Stat. 1 janv 2012;455:115-42.

49. Anne-Sophie G. Modalités de la pratique du frottis cervico-utérin (FCU) en consultation de Médecine générale. :53.

50. Badet-Phan A, Moreau A, Colin C, Canoui-Poitrine F, Schott-Pethelaz AM, Flori M. Obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus rencontrés par les médecins généralistes chez les femmes âgées de 50 à 65 ans. Prat Organ Soins. 2012;43(4):261-8.

51. Dubreuil S. Freins au dépistage et à la prévention du cancer du col de l'utérus en médecine générale : une enquête observationnelle transversale chez les médecins généralistes et les femmes de 18 à 65 ans du Puy-de-Dôme. 2018.

52. François A, Bissonnier C. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE. 2023 janv.

53. Pierre Pribile. Projet régional de santé (PRS) 2018-2028 [Internet]. 2018 [cité 6 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/projet-regional-de-sante-prs-2018-2028>

54. INCa. INCA. [cité 6 juill 2022]. Institut National du Cancer - Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Disponible sur: <https://depistagecoluterus.e-cancer.fr/>

55. Référentiel national - Dépistage du cancer du col de l'utérus - cadre et modalités de recours aux autoprélèvements vaginaux - Ref : REFNATAPV22 [Internet]. [cité 6 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Referentiel-national-Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-cadre-et-modalites-de-recours-aux-autoprelevements-vaginaux>

56. INCa. 2e rapport au Président de la République : Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030. 2023 p. 128.

Table des illustrations

Figure 1 : Taux d'incidence du CCU en France métropolitaine entre 1990 et 2023 (Taux Standardisé Monde) – Échelle logarithmique	5
Figure 2 : De l'infection au cancer. Source : Dépistage du cancer du col de l'utérus : Organisation du programme de dépistage organisé, INCa, 2022.	6
Figure 3 : Modèle de l'histoire naturelle de l'infection à HPV menant au CCU en fonction de l'âge. Source : Schiffman, Mark et al. "Carcinogenic human papillomavirus infection." Nature reviews. Disease primers vol. 2, 2016.	7
Figure 4 : Anatomie et histologie du col de l'utérus. Source : Référentiel des collègues Gynécologie Obstétrique édition 2021	8
Figure 5 : Histologie de l'exocol utérin : épithélium malpighien (pavimenteux stratifié non kératinisé). Source : Référentiel des collègues Gynécologie Obstétrique édition 2021	8
Figure 6 : Probabilité de régression, de persistance et d'évolution des CIN. Source : Loopik, The Natural History of Cervical Intraepithelial Neoplasia Grades 1, 2, and 3: A Systematic Review and Meta-analysis, J Low Genit Tract Dis, 2021	10
Figure 7 : Couverture du dépistage du CCU en France entre 2018 et 2020. Source : GEODES - Santé Publique France - Indicateurs : cartes, données et graphiques.....	13
Figure 8 : Sex ratio entre les groupes 1 et 2.....	18
Figure 9 : Temps d'installation au sein des 2 groupes	19
Figure 10 : Volume de patientèle entre les groupes 1 et 2	19
Figure 11 : Nombre de consultations par jour entre les groupes 1 et 2.....	20
Figure 12 : Départements d'exercice entre les groupes 1 et 2	20
Figure 13 : Proportion de MSU dans les groupes 1 et 2.....	21
Figure 14 : Différentes formations entre les groupes 1 et 2	21
Figure 15 : Nombre de FCU réalisés par mois par les praticiens du groupe 1.....	22
Figure 16 : Professionnels du groupe 2 qui s'assurent que le dépistage de leurs patientes éligibles a été réalisé ailleurs	22
Figure 17 : Professionnels à qui adressent les praticiens du groupe 2	23
Figure 18 : Sensation de regret des praticiens qu'une partie ou que la totalité des patientes réalisent leur suivi gynécologique chez un autre professionnel selon les 2 groupes	23
Figure 19 : Perception du rôle essentiel des MG dans le dépistage du CCU au sein des 2 groupes.....	24
Figure 20 : Proportion de MG recommandant le dépistage du CCU à leurs patientes de 25 à 50 ans	25
Figure 21 : Proportion de MG recommandant le dépistage du CCU à leurs patientes de 50 à 65 ans	25
Figure 22 : Proportion de MG recommandant le dépistage du cancer colorectal à leurs patientes de 50 à 74 ans.....	26
Figure 23 : Proportion de MG recommandant le dépistage du cancer du sein à leurs patientes de 50 à 74 ans.....	26
Figure 24 : Répartition des raisons limitant le nombre de FCU chez les praticiens qui en réalisent (n=65)	27
Figure 25 : Répartition des facteurs limitant la réalisation de FCU dans le groupe de praticiens qui n'en réalisent aucun (n=15)	28
Figure 26 : Proposition de distribution de posters et/ou brochures par les autorités sanitaires dans les cabinets, selon le degré d'utilité.....	29

Figure 27 : Proposition de réalisation d'une consultation dédiée au dépistage du CCU, selon le degré d'utilité	29
Figure 28 : Proposition d'une valorisation financière de l'acte de dépistage du CCU, selon le degré d'utilité	30
Figure 29 : Proposition d'un meilleur approvisionnement en matériel, selon le degré d'utilité dans les groupes 1 et 2.....	31
Figure 30 : Proposition de la promotion par les pouvoirs publics de ce dépistage auprès des patientes, selon le degré d'utilité	31
Figure 31 : Proposition d'avoir une formation pratique type FMC avec la réalisation de FCU sur mannequins, selon le degré d'utilité	32
Figure 32 : Avoir une formation sur la prise en charge des FCU pathologiques, selon le degré d'utilité dans les groupes 1 et 2	32

Plan détaillé

Abréviations.....	3
Introduction	5
1. Épidémiologie du cancer du col de l'utérus en France	5
2. Histoire naturelle du cancer du col utérin.....	5
3. Nomenclature et classification des lésions du col utérin.....	8
3.1 Cytologie cervicale : classification de Bethesda	9
3.2 Histologie cervicale : nomenclature CIN et classification OMS	10
4. Moyens de prévention du cancer du col utérin.....	11
4.1 Prévention primaire.....	11
4.2 Prévention secondaire.....	12
5. Objectifs de l'étude.....	14
Matériel et Méthode	15
1. Type d'étude et population étudiée	15
2. Rédaction et diffusion du questionnaire.....	15
3. Recueil des données et analyses statistiques.....	16
Résultats	17
1. Caractéristiques propres des médecins généralistes.....	18
2. Vision et implication du médecin généraliste dans le dépistage	24
3. Facteurs limitants	26
4. Axes d'amélioration	28
Discussion	35
1. Résultats principaux et comparaison avec la littérature	35
1.1 Caractéristiques propres des médecins généralistes impliqués dans le dépistage du CCU	36
1.2 Perception de l'implication des MG dans le dépistage du CCU.....	37
1.3 Limites et axes d'amélioration de ce dépistage par les MG	38
2. Apport de notre étude	39
3. Limites et biais de l'étude	40
4. Perspectives.....	41
Conclusion.....	43
Annexes	45
Bibliographie.....	53
Table des illustrations	57

RÉSUMÉ

Nom – Prénom : BENARD Ameline

Thèse soutenue le : 14 septembre 2023

Titre de la thèse : Étude de la place des médecins généralistes dans la réalisation du dépistage du cancer du col de l'utérus en Franche-Comté

Résumé :

Contexte. Le cancer du col de l'utérus (CCU) est un cancer viro-induit dans la quasi-totalité des cas, et concerne environ 3000 femmes par an en France. Le dépistage de masse, moyen de prévention secondaire, consiste en un prélèvement local de type frottis cervico-utérin (FCU) chez les femmes de 25 à 30 ans puis une recherche PCR du virus HPV chez les femmes de 30 à 65 ans. La couverture de ce dépistage est insuffisante et seuls moins de 10% d'entre eux sont réalisés par les médecins généralistes (MG). L'objectif de ce travail était de connaître les caractéristiques des médecins généralistes réalisant ou non des FCU, et de rechercher des facteurs favorisant et des facteurs limitant la réalisation de ce dépistage par les MG. **Matériel et Méthodes.** Un questionnaire à destination des MG libéraux de Franche-Comté a été diffusé en mai 2023 pour connaître certaines de leurs caractéristiques, leurs habitudes quant à la réalisation ou non du dépistage du CCU, et les facteurs favorisant et limitant la réalisation de ce dépistage. **Résultats.** Les caractéristiques propres à chaque MG, telles que l'âge, le mode et le lieu d'exercice, le temps d'installation, le volume de patientèle et le rythme de consultation ainsi que la formation, ne semblent pas influencer le fait qu'ils réalisent ou non des FCU sauf pour le sexe : les femmes MG réalisent plus de FCU que les hommes médecins. Les médecins réalisant des FCU estiment être des acteurs essentiels dans le dépistage du CCU dans plus de 95% des cas contre seuls 33,3% des médecins ne réalisant pas de FCU. Les MG qui réalisent eux-mêmes des FCU recommandent plus fréquemment le dépistage avant 50 ans alors que les généralistes ne réalisant pas de FCU recommandent le dépistage du CCU le plus fréquemment après 50 ans. Les 3 leviers jugés les plus utiles par les deux groupes seraient la réalisation de consultations dédiées à ce dépistage, la promotion par les pouvoirs publics de ce dépistage auprès des patientes et la valorisation financière de l'acte. **Conclusion.** La majorité des MG Franc-Comtois réalisent le dépistage du CCU. Des leviers existent afin d'augmenter ce dépistage en cabinet de médecine générale.

Mots clés : dépistage, frottis cervico utérin, cancer du col utérin