

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2019

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Les femmes médecins généralistes de la région Hauts-de-France et
leur propre dépistage des cancers gynécologiques**

Présentée et soutenue publiquement le 17 Octobre 2019 à 14h

au Pôle Formation

par **Stéphanie POULIER**

JURY

Président :

Madame le Professeur JONARD Sophie

Assesseurs :

Madame le Professeur RICHARD Florence

Madame le Docteur MARLIER Chantal

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur DELEPLANQUE Denis

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

Liste des abréviations	7
A. Résumé.....	8
B. Abstract.....	9
C. Introduction générale	10
I) Définitions	10
I.1) Prévention et dépistage	10
I.2) Le dépistage organisé	10
I.3) Le dépistage individuel	11
II) Les cancers gynécologiques	11
II.1) Le cancer du sein	11
a. Épidémiologie en France métropolitaine	11
b. Épidémiologie dans les Hauts-de-France	12
c. Histoire de la maladie et facteurs de risques	12
d. Organisation du dépistage du cancer du sein	13
e. Participation au programme de dépistage.....	14
f. Évaluation, limites et controverses du dépistage organisé.....	14
II.2) Le cancer du col de l'utérus	15
a. Épidémiologie en France métropolitaine	15
b. Épidémiologie dans les Hauts-de-France	16
c. Histoire de la maladie et facteurs de risques	16
d. Prévention du cancer du col de l'utérus	17
III) Contexte.....	18
D. Article : Introduction.....	23
E. Matériel et Méthode.....	25
I) Type et population d'étude.....	25
II) Réalisation du questionnaire	25
III) Recueil de données.....	25
IV) Analyses statistiques.....	26
F. Résultats	27
I) Flowchart.....	27
II) Caractéristiques des femmes médecins de l'échantillon.....	27
II.1) Répartition selon l'âge et le mode d'exercice :	29
II.2) Répartition selon l'âge et le milieu d'exercice :	29
II.3) Répartition selon l'âge et le type d'exercice :	29
II.4) Répartition selon le temps de travail :	30
III) Le suivi des femmes médecins interrogées.....	31
III.1) Leur suivi gynécologique.....	31

III.2)	Le dépistage du cancer du sein	31
a.	La palpation mammaire	32
b.	Participation au dépistage organisé du cancer du sein	32
c.	Mammographie en dehors du dépistage organisé.....	33
III.3)	Le dépistage du cancer du col de l’utérus	33
IV)	Le suivi gynécologique des patientes des femmes médecins interrogées	34
IV.1)	Pratique de la gynécologie par les femmes médecins	34
IV.2)	Dépistage du cancer du sein	34
IV.3)	Dépistage du cancer du col de l’utérus.....	35
V)	Analyse multivariée.....	36
V.1)	Réalisation d’un FCU	36
V.2)	Réalisation d’une mammographie	36
V.3)	Palpation mammaire	36
G.	Discussion	37
I)	Synthèse des résultats	37
II)	Forces et faiblesses de l’étude	37
II.1)	Premier travail de thèse	37
II.2)	La méthode.....	37
II.3)	Le questionnaire.....	38
II.4)	La participation	39
III)	Discussion des résultats	39
III.1)	Caractéristiques des médecins de l’échantillon.....	39
III.2)	Leur suivi gynécologique.....	40
III.3)	Leur participation au dépistage des cancers gynécologiques.....	41
a.	Le dépistage du cancer du sein.....	41
b.	Le dépistage du cancer du col de l’utérus.....	42
III.4)	Le suivi gynécologique de leurs patientes	42
IV)	Comparaisons aux données de la littérature	43
IV.1)	Le suivi gynécologique	44
a.	Population générale	44
b.	Autres populations de médecins	44
c.	Population de l’étude	45
IV.2)	La palpation mammaire.....	45
a.	Population générale	45
b.	Autres populations médicales.....	45
c.	Population de l’étude	45
IV.3)	La mammographie	46
a.	Population générale.....	46

b. Autres populations de médecins	46
c. Population de l'étude	46
IV.4) Le frottis cervico-utérin.....	47
a. Population générale	47
b. Autres populations de médecins	47
c. Population de l'étude	47
V) Pistes de recherche.....	48
H. Conclusion.....	50
I. Références bibliographiques.....	51
J. Annexes.....	54

Liste des abréviations

ALD : Affection Longue Durée

BEH : Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire

CCU : Cancer du Col de l'Utérus

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CIN : Néoplasie Cervicale Intra-épithéliale

CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CRCDC : Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers

DI : Dépistage Individuel

DIU : Dispositif intra-utérin

DO : Dépistage Organisé

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

FCU : Frottis Cervico-Utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Human Papilloma Virus

HSPT : Loi Hôpital Santé Patient et Territoire

INCa : Institut National du Cancer

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

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odds Ratio

TSM : Taux standardisé monde

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

A. Résumé

AUTEUR : POULIER Stéphanie

Date de soutenance : 17 Octobre 2019

Titre de la thèse : Les femmes médecins généralistes de la région Hauts-de-France et leur propre dépistage des cancers gynécologiques

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : femmes médecins généralistes, dépistage, cancer du sein, cancer du col de l'utérus

Résumé :

Contexte : Plusieurs études se sont intéressées à la place qu'accordent les médecins généralistes (MG) à leur suivi médical. Il en ressort que leur application pour eux même des mesures de prévention est globalement satisfaisante et supérieure à la population générale. Les femmes en particulier sont de bonnes élèves. Cela se vérifie-t-il pour leur suivi gynécologique ? L'objectif principal de l'étude est de déterminer le taux de participation des femmes médecins généralistes des Hauts-de-France (HdF) au dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus.

Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive transversale basée sur un questionnaire en ligne anonyme diffusé sur le site du Conseil de l'Ordre des Médecins du Nord, aux adhérentes de l'association NorAGJIR, et aux femmes médecins généralistes libérales des HdF parmi 400 femmes tirées au sort dans les pages jaunes et contactées par téléphone de Mars à Juin 2019. Le seuil de significativité a été fixé avec un risque alpha à 5%.

Résultats : 94 réponses ont été analysées. La moyenne d'âge de l'échantillon était de 42,6 ans (écart-type=11.07), l'exercice majoritairement libéral, urbain et en cabinet de groupe. Les femmes MG étaient 91% à déclarer un suivi gynécologique majoritairement par un gynécologue. 87 réalisaient une palpation mammaire, 56,32% par autopalpation. Le taux de participation des femmes de 50 ans et plus au dépistage organisé (DO) du cancer du sein était de 85,7%. Une femme sur trois effectuait des mammographies en dehors du DO. 88,3% des femmes de l'étude avaient réalisé un frottis cervico-utérin (FCU) dans les 3 ans. Trois médecins sur quatre pratiquaient des actes de gynécologie chez leurs patientes. Il n'y avait pas de lien statistique entre pratique de la gynécologie et participation au dépistage. Les femmes médecins ayant un suivi gynécologique et celles bénéficiant d'une hétéro-palpation par un professionnel de santé étaient plus susceptibles d'être à jour de leur FCU. Le manque de temps, la négligence et l'oubli étaient les principales raisons au retard de réalisation des mesures de dépistage.

Conclusion : Les femmes MG des HdF participent massivement aux dépistages des cancers gynécologiques, plus que la population générale. Il serait intéressant de réfléchir à des mesures permettant de lutter contre les freins limitant leur participation.

Composition du Jury :

Président : Pr JONARD Sophie

Assesseurs : Pr RICHARD Florence, Dr MARLIER Chantal

Directeur de thèse : Pr DELEPLANQUE Denis

B. Abstract

Background: Several studies have focused on the role that general practitioners (GPs) place on their medical follow-up. It shows that their application for themselves prevention measures is generally satisfactory and superior to the general population. Women are good students. This is true for their gynecological monitoring in particular? The main objective of the study is to determine the participation rate of women general practitioners of the Hauts-de-France (HdF) in screening for breast and cervical cancer.

Method : This is a descriptive cross-sectional observational study based on an anonymous online questionnaire distributed on the website of the Council of the Order of Doctors of the North, to members of the Noragjir association, and to women GPs liberalized by the HdF among 400 women randomly selected in the directory of professional and contacted by phone from March to June 2019. The threshold of significance was set with an alpha risk at 5%.

Results: 94 responses were analyzed. The average age of the sample was 42,6 years old (standard deviation = 11.07), the majority being liberal, urban and group practice. Women GPs were 91% reported gynecological follow-up mostly by a gynecologist. 87 performed a breast palpation, 56.32% by auto palpation. The participation rate of women aged 50 and over in mass-screening for breast cancer was 85.7%. 88.3% of the women in the study had cervical smear within 3 years. Three out of four doctors practice gynecology in their patients. There was no statistical link between practice of gynecology and participation in screening. Women physicians with gynecological follow-up and those receiving a hetero palpation by a health professional were more likely to be up to date with their cervical smear. Lack of time, neglect and forgetfulness were the main reasons for the delay in performing screening.

Conclusion: Women GPs in HdF participate massively in gynecological cancer screening, more than the general population. It would be interesting to think about measures to fight the obstacles limiting their participation.

Keywords: women general practitioners, screening, gynecological cancer

C. Introduction générale

I) Définitions

Le médecin généraliste (MG) est le spécialiste des soins de premiers recours qui coordonne la prise en charge du patient, en assure la synthèse, permet la continuité des soins dans le cadre d'un suivi au long cours et développe une démarche de santé publique. L'article L. 4130-1 du Code de santé publique définit la prévention et le dépistage comme l'une des missions du médecin généraliste. (1)

I.1) Prévention et dépistage

La prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités. L'OMS a défini 3 stades de prévention (primaire, secondaire et tertiaire) auxquels s'est ajoutée la prévention quaternaire (2) (Cf Annexe 1) :

- la prévention primaire agit en amont de la maladie, son but est d'en diminuer l'incidence,
- la prévention secondaire agit à un stade précoce de l'évolution de la maladie,
- la prévention tertiaire agit sur les complications et les risques de récurrence,
- la prévention quaternaire cherche à limiter le risque de surmédicalisation.

Le dépistage s'inscrit dans une démarche de prévention secondaire. Il consiste à identifier de manière présomptive, à l'aide de tests appliqués de façon systématique et standardisée, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue. Il intervient donc à un stade précoce de l'évolution de la maladie. Les tests de dépistage doivent permettre de différencier, avec une certaine marge d'erreur, les personnes apparemment en bonne santé mais probablement atteintes d'une maladie donnée de celles qui en sont probablement exemptes. Ils n'ont pas pour but de poser un diagnostic mais précèdent la pose d'un diagnostic de certitude. (3)

Il existe différents types de dépistage : dépistage systématique en population générale ou dépistage ciblé, dépistage organisé ou dépistage individuel.

I.2) Le dépistage organisé (DO)

Il est proposé dans le cadre de campagnes de dépistage et s'appuie sur la participation volontaire des sujets. Pour être mise en œuvre, la procédure de dépistage doit

répondre à l'ensemble des 10 critères définis par l'OMS (Cf Annexe 2). Le DO est proposé sur invitation à une population définie en termes de sexe et/ou d'âge, sans symptôme ni facteur de risque particulier. Il est mis en place selon un cahier des charges et fait l'objet d'un contrôle qualité. (2,4)

En France, deux dépistages sont déjà organisés : le dépistage du cancer du sein et le dépistage du cancer colorectal. Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus est en cours de mise en œuvre sur l'ensemble du territoire français.

1.3) Le dépistage individuel (DI)

Il s'inscrit dans une démarche individuelle et non collective. A l'occasion d'un contact avec un professionnel de santé, une personne sollicite ou se voit proposer un dépistage. Il n'est soumis ni à un cahier des charges, ni à un contrôle de qualité. (4)

II) Les cancers gynécologiques

En 2017, la prévalence totale des cancers en France - c'est-à-dire le nombre de personnes de 15 ans et plus, vivantes en 2017, ayant eu un diagnostic de cancer au cours de leur vie - est de l'ordre de 3,8 millions, dont près de 2 millions de femmes. Sur les 382 000 nouveaux cas de cancers estimés en 2018 en France métropolitaine, 177 400 concernent des femmes, avec un taux d'incidence tendant à se stabiliser entre 2010 et 2018 alors qu'il baisse chez l'homme. (5)

II.1) Le cancer du sein

a. Épidémiologie en France métropolitaine

Avec 58 459 nouveaux cas estimés en 2018 en France métropolitaine, le cancer du sein se situe au 1^{er} rang des cancers incidents devant les cancers de la prostate, du poumon et du côlon-rectum.

Cancer le plus fréquent chez la femme, il est également le plus mortel avec 12 146 décès estimés en 2018. Il reste néanmoins de bon pronostic avec un taux de survie à 5 ans estimé à 87%.

L'épidémiologie du cancer du sein combine à la fois :

- une augmentation du taux d'incidence (+1,1% par an en moyenne entre 1990 et 2018), forte au début des années 2000. Le taux d'incidence s'est par la suite stabilisé

avant de repartir plus lentement à la hausse (+0,6% par an en moyenne entre 2010 et 2018).

- une baisse de la mortalité (-1,3% par an en moyenne entre 1990 et 2018), probablement en lien avec un diagnostic plus précoce et d'importants progrès thérapeutiques.

(6)

b. Épidémiologie dans les Hauts-de-France

Entre 2007 et 2016, le nombre moyen de nouveaux cas de cancer du sein dans la région est de 5 032 par an soit un taux d'incidence standardisé monde (TSM) de 103,8 pour 100 000 personnes-années. Le TSM national est de 97,7. Les Hauts-de-France se classent à la 2ème position des régions métropolitaines pour l'incidence du cancer du sein.

Avec une surmortalité de 25% par rapport à la moyenne nationale (France métropolitaine), la région est également au premier rang régional pour la mortalité par cancer du sein chez la femme. Entre 2007 et 2014, le nombre annuel moyen de décès par cancer du sein est estimé à 1 268 soit un taux de mortalité standardisé de 19,6 pour 100 000 personnes-années. Le taux national est de 15,5. Cette surmortalité est observée dans les cinq départements et prédomine dans le Pas-de-Calais (33% par rapport à la moyenne nationale).

(7)

c. Histoire de la maladie et facteurs de risques

Les cancers du sein sont majoritairement des adénocarcinomes et des carcinomes intra-canalaires. Leur développement est d'abord in situ, puis invasif, puis métastasé.

(8)

Six cancers du sein sur dix sont diagnostiqués à un stade précoce, trois à un stade intermédiaire, un à un stade avancé. Les cancers précoces sont diagnostiqués plus fréquemment chez les femmes de 50-74 ans, les cancers les plus avancés chez les femmes de plus de 74 ans. (9)

Les principaux facteurs de risque de cancer du sein sont l'âge (>50ans), le sexe (féminin), un antécédent personnel de pathologie mammaire, les antécédents familiaux au premier degré de cancer du sein invasif, les prédispositions génétiques

dont les mutations BRCA 1 ou 2, un antécédent personnel d'irradiation thoracique à haute dose (radiothérapie).

D'autres facteurs de risques sont suspectés tels que la durée d'exposition de l'organisme aux hormones endogènes (puberté précoce, première grossesse tardive, nombre faible d'enfants, âge tardif à la ménopause), le surpoids ou l'obésité chez la femme ménopausée, le traitement hormonal substitutif, le tabagisme et la consommation d'alcool. En 2015, en France métropolitaine, on estime qu'environ 15% des cancers du sein chez les femmes de plus de 30 ans sont attribuables à la consommation d'alcool et 4% au tabagisme. (6,8)

d. Organisation du dépistage du cancer du sein

En France, le dépistage du cancer du sein est basé sur un dépistage organisé, généralisé à l'ensemble du territoire depuis 2004.

Il cible les femmes âgées de 50 à 74 ans sans symptôme apparent ni facteur de risque élevé ou très élevé de cancer du sein. Tous les 2 ans les femmes éligibles sont invitées, par courrier, à réaliser une mammographie et un examen clinique mammaire, pouvant être complétés d'une échographie. Les clichés mammographiques sont réalisés selon 2 incidences par sein, avec une double lecture des clichés normaux ou bénins par deux radiologues différents. En cas d'image suspecte, un bilan diagnostique est effectué immédiatement.

Le programme de DO est défini par un cahier des charges national et coordonné par des centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC). Il a pour but de garantir un égal accès au dépistage sur l'ensemble du territoire, une prise en charge à 100% par l'Assurance maladie sans avance de frais et d'assurer la même garantie de qualité et de prise en charge à chaque femme de la population cible.

Les femmes présentant un risque élevé à très élevé de cancer du sein (antécédent personnel de cancer du sein invasif ou de carcinome canalaire in situ, d'hyperplasie lobulaire atypique ou de cancer lobulaire in situ, antécédent personnel d'irradiation thoracique médicale à haute dose, prédisposition génétique) doivent bénéficier d'un suivi personnalisé.

(8)

e. Participation au programme de dépistage

En 2018, le taux national de participation au DO du cancer du sein est de 50,3%. Après une forte augmentation jusqu'à atteindre un pic à 52,7% en 2012, le taux de participation est en diminution. La participation au dépistage est très hétérogène sur le territoire avec de fortes disparités régionales et départementales (taux de participation variant de 35,2% en Corse à 58,6% en Centre-Val-de-Loire en 2017-2018). Dans les Hauts-de-France, le taux de participation est de 50,7% avec une légère disparité entre départements (48,9% dans le Nord, 52,7% dans l'Oise). (9)

Le faible taux de participation au DO est en partie expliqué par la coexistence d'un dépistage individuel (DI) par mammographie et pour la même population cible. Contrairement au DO, il n'est pas soumis à un cahier des charges et ne bénéficie pas d'un suivi centralisé de sa qualité et de ses résultats. Les données concernant le DI sont donc mal connues. Une étude menée en 2009 sur la base des données de l'Assurance maladie et de l'observatoire de sénologie (Senolog) a estimé à 10% le recours au DI des femmes en France. Ainsi le taux de participation des femmes de 50 à 74 ans au dépistage du cancer du sein, DO et DI confondus, aurait été d'un peu plus de 62% (taux de participation au DO = 52,3% en 2009). Toutefois ce taux reste inférieur aux 65% minimum de taux de participation fixés par le Plan cancer 2009-2013 et des 75% fixés par les recommandations européennes. Parmi les pays européens ayant mis en place un programme national de dépistage du cancer de sein, plusieurs présentent des taux de participation bien plus élevés qu'en France (Grande-Bretagne : 78%, Pays-Bas : 82%, Finlande : 87,5%, Danemark : 75%). Il est à noter que l'organisation des programmes de dépistage est très différente d'un pays à un autre.

L'hétérogénéité de l'offre de soins entre les départements, les freins sociaux, culturels et psychologiques limitant la participation des femmes ou encore la médiatisation des controverses sur les limites et l'efficacité du dépistage du cancer du sein sont autant d'éléments pouvant expliquer la faible participation.

(10)

f. Évaluation, limites et controverses du dépistage organisé

Les études ayant évalué l'impact des programmes de DO rapportent un pourcentage de réduction de la mortalité liée au cancer du sein variant de 3% à 35% selon les études et les pays. (8)

Bien que l'utilité de la mammographie soit largement admise, plusieurs controverses remettent en question l'effet réel du dépistage par mammographie sur la réduction de la mortalité par cancer du sein. Selon une étude publiée par la revue Cochrane en 2011, pour 2 000 femmes invitées à un dépistage pendant dix ans, une mort par cancer du sein serait évitée et dix femmes en bonne santé seraient traitées inutilement soit un surdiagnostic de 30% (11). Chiffres remis en question par Duffy et Paci qui estiment qu'un décès par cancer du sein est évité pour 300 à 400 femmes dépistées avec un taux de surdiagnostic de 10% ou moins. (10)

Le débat porte donc essentiellement sur la balance bénéfice-risque et se cristallise autour du risque de surdiagnostic. Le surdiagnostic est un risque inhérent à toute pratique de dépistage. Il est défini comme le diagnostic, par le dépistage, d'une tumeur qui n'aurait jamais été découverte sans dépistage et dont l'évolution n'aurait causé aucun symptôme au cours de la vie de la patiente. Il induit donc un risque de surtraitement.

Les cancers manqués, les cancers d'intervalle et les cancer radio induits sont d'autres limites du dépistage.

II.2) Le cancer du col de l'utérus

a. Épidémiologie en France métropolitaine

Le cancer du col de l'utérus (CCU) se situe à la douzième place des cancers incidents chez la femme en France métropolitaine. En 2018, 2 920 nouveaux cas et 1 117 décès ont été recensés soit un taux d'incidence standardisé monde de 6,1 pour 100 000 femmes et un taux de mortalité standardisé monde de 1,7 pour 100 000 femmes. Depuis les années 1980, incidence et mortalité sont en diminution constante : respectivement -1,8% et -2,1% par an en moyenne. Cette évolution favorable est largement attribuée à la mise en place du dépistage par cytologie sur frottis cervico-utérin (FCU). Un ralentissement de la diminution est observé à partir des années 2000 chez les femmes de 50-60 ans. Il peut en partie être expliqué par une modification des comportements à risque chez les femmes nées après 1970 et qui a contribué à une augmentation de la prévalence de l'infection à HPV, principal facteur de risque de CCU (recours à la contraception, abaissement de l'âge au premier rapport sexuel, augmentation du nombre de partenaires, changement dans les pratiques sexuelles). (6)

Trois quarts des CCU sont diagnostiqués chez des femmes de moins de 65 ans avec un pic d'incidence vers l'âge de 40 ans. La survie nette à 5 ans est estimée à 65% en moyenne, elle varie entre autres selon le stade du cancer et l'âge de la patiente au diagnostic. (12)

La France fait partie des pays à faible incidence et faible mortalité par CCU. L'incidence est cependant très hétérogène selon les départements. (13)

b. Épidémiologie dans les Hauts-de-France

Dans les Hauts-de-France, il existe une sur-incidence importante du CCU par rapport à la France métropolitaine. Entre 2007 et 2016, le nombre moyen de nouveaux cas de CCU est estimé à 320 par an soit un taux d'incidence standardisé monde de 7,6 pour 100 000 personnes-années (le TSM d'incidence nationale est de 6,6 pour la même période). Ce taux place les Haut-de-France en troisième position des régions métropolitaines les plus touchées par ce cancer.

La plupart des certificats de décès par cancer de l'utérus ne différenciant pas col et corps utérins, les taux de mortalité pour les cancers du col et du corps ne peuvent être calculés de façon distincte aux niveaux départemental et régional. (7)

c. Histoire de la maladie et facteurs de risques

Les CCU sont dans 80 à 90% des cas des carcinomes épidermoïdes et dans 10 à 20% des cas des adénocarcinomes. Le CCU est attribuable dans près de 100% des cas à une infection persistante par un ou plusieurs papillomavirus humains (HPV) à haut risque oncogène, infection virale sexuellement transmissible très fréquente en population générale et survenant surtout avant l'âge de 30ans. L'infection chronique à HPV oncogène peut entraîner la formation d'une lésion pré-cancéreuse qui peut évoluer vers un CCU sur une période de 5 à 20 ans. Pour chaque grade de lésion pré-cancéreuse ou néoplasie cervicale intra-épithéliale (CIN1 : dysplasie légère, CIN2 : dysplasie modérée ou CIN3 : dysplasie sévère) il existe une probabilité de régression vers un épithélium normal et une probabilité de persistance ou de progression vers un stade plus avancé. La plupart des dysplasies régressent spontanément. (Cf Annexe 3)

Une vingtaine de HPV ont été identifiés comme étant à l'origine du CCU. Les HPV de génotypes 16 et 18 sont responsables de 70% des cancers invasifs.

Si l'infection chronique à HPV est une cause nécessaire à l'apparition d'un CCU, elle n'est pas suffisante. Elle s'associe à différents cofacteurs : des cofacteurs liés à l'hôte (précocité de l'activité sexuelle, multiplicité des partenaires sexuels, immunodéficience, parité élevée) ; des cofacteurs liés au HPV (génotype 16 et 18, infection simultanée par plusieurs types oncogènes, forte charge virale) ; des cofacteurs exogènes (tabagisme, co-infection par le VIH ou une autre IST, utilisation prolongée de contraceptifs oraux). (14)

d. Prévention du cancer du col de l'utérus

Le CCU est le seul cancer accessible à une prévention primaire par la vaccination et à une prévention secondaire par le dépistage.

▪ **La vaccination anti-HPV**

La vaccination prophylactique permet de protéger contre l'infection par HPV à haut risque oncogène (génotype 16 et 18 notamment) et de prévenir le développement de lésions précancéreuses liées à ces virus.

Trois vaccins sont actuellement disponibles sur le marché :

- Gardasil®, vaccin recombinant quadrivalent (dirigé contre les génotypes 6, 11, 16 et 18)
- Cervarix®, vaccin recombinant bivalent (dirigé contre les génotypes 16 et 18)
- Gardasil 9®, vaccin nonavalent (dirigé contre les génotypes 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58) commercialisé depuis 2018.

La vaccination anti-HPV s'adresse aux jeunes filles de 11 à 14 ans avec un rattrapage possible pour celles âgées de 15 à 19 ans révolus. Elle ne protège cependant pas les femmes déjà infectées et n'a aucune efficacité thérapeutique.

La couverture vaccinale est très faible en France. Estimées selon la tranche d'âge entre 20 % et 36% en 2010, elle ne cesse de diminuer. L'objectif fixé par le Plan cancer 2014-19 est d'atteindre un taux de couverture de la vaccination de 60%. (13,14)

Les femmes vaccinées ne sont pas dispensées du dépistage par FCU à partir de l'âge de 25 ans, la vaccination ne protégeant pas contre tous les génotypes responsables du CCU.

▪ Le dépistage

Le dépistage par FCU est un moyen de prévention efficace. Il permet de détecter les lésions précancéreuses chez les femmes asymptomatiques, ainsi que les cancers à un stade précoce. Il est recommandé chez les femmes de 25 à 65 ans, tous les 3 ans, après 2 frottis négatifs réalisés à un an d'intervalle.

Pour la période 2015-2017, le taux de couverture du dépistage a été estimé à 59% (13). Mais seule 8% des femmes de la population cible ont un rythme de suivi adéquat (14). La participation au dépistage est marquée par des disparités géographiques, économiques et sociales. Selon une étude de l'Institut National du Cancer, le taux de non-participation au dépistage augmente à partir de l'âge de 50 ans, chez les femmes ayant un moindre recours au système de santé, en ALD, en invalidité et présentant des caractéristiques socio-économiques défavorables. Près de 60% des femmes non participantes résident dans un lieu identifié comme défavorisé et 15% sont des bénéficiaires de la CMU-C. (15)

Jusqu'en 2017, en France, le dépistage du CCU était individuel. Suites aux résultats d'une expérimentation menée dans 13 départements entre 2010 et 2014, la généralisation du dépistage organisé a été décidée. Elle est mise en place de manière progressive depuis début 2018. Le dépistage s'adresse toujours aux femmes de 25 à 65 ans révolus. Il repose sur un repérage des femmes qui ne se sont pas faites spontanément dépistées depuis plus de 3 ans. Elles sont invitées à consulter leur gynécologue, médecin traitant ou sage-femme afin d'effectuer leur frottis. Une relance est adressée dans les 12 mois suivant la première invitation aux femmes n'ayant pas effectué de dépistage. L'évaluation du dépistage repose sur le recueil exhaustif des résultats des tests de toutes les femmes de 25-65 ans ayant réalisé un dépistage, que celui-ci ait été fait dans le cadre du dépistage organisé ou d'un dépistage individuel. La possibilité d'un test HPV tous les 5 ans en plus du dépistage par FCU est en cours d'évaluation. (13)

III) Contexte

Au 1^{er} janvier 2018, la France recense 296 755 inscrits à l'Ordre des médecins. Parmi eux, 87 801 médecins généralistes en activité régulière et dont la moyenne d'âge est de 50,6 ans. Sur la dernière décennie, l'évolution démographique de la médecine

générale est marquée par la diminution du nombre de médecins en activité régulière (-7% depuis 2010), le vieillissement de la population médicale (relativement stable depuis 2010), l'exercice libéral délaissé au profit de l'exercice salarial et la féminisation accentuée de la profession.

Les femmes représentent 48,2% des médecins généralistes en activité (39,2% en 2010) et sont fortement présentes parmi les jeunes générations de médecins (67% des moins de 34 ans). Sur les 5 849 médecins généralistes actifs recensés en 2015 en Picardie et dans le Nord-Pas-de-Calais, on dénombre respectivement 34% et 28% de femmes. Leur moyenne d'âge est de 49 ans. (16–18)

La pratique des femmes médecins a ses particularités. Elles privilégient l'exercice urbain et l'exercice salarié, exercent plus volontiers en cabinet de groupe en libéral, déclarent un temps de travail hebdomadaire et un nombre annuel d'actes inférieurs à ceux des hommes, participent moins à l'activité de gardes. Ainsi selon une étude de la DREES réalisée en 2010 sur l'emploi du temps des médecins généralistes, les femmes déclarent en moyenne 53 heures de travail hebdomadaire soit 10% de moins que les hommes. Elles déclarent également un volume d'activité 24% inférieur, du fait notamment d'une durée de consultation supérieure à celles des hommes (19 minutes vs 17 pour les hommes).(19)

Qu'en est-il de leur santé ?

La santé des médecins est une préoccupation de longue date qui a fait l'objet de nombreuses études. Dans sa dernière définition de la médecine générale-médecine de famille, la WONCA Europe (Société Européenne de Médecine générale-Médecine de famille) précise que les médecins généralistes ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients (20). Un équilibre personnel que semble parfois négliger les médecins.

Dans un rapport présenté en 2008, le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) faisait un constat alarmant sur le médecin et sa propre santé, révélant que la vision déformée que pouvait avoir un médecin sur sa santé le menait à se prendre en charge de façon inadéquate, consciemment ou pas. Le « médecin malade » y est présenté comme négligeant son état de santé, minimisant ses symptômes voire déniait

l'existence de la pathologie, paniquant devant la connaissance de la maladie et ses conséquences (fonctionnelles, matérielles et économiques)(21).

En 2016 ce même constat est porté chez les jeunes générations de médecins. Une étude de la commission jeunes médecins du CNOM sur la santé des étudiants et des jeunes médecins a été menée parmi 7 858 étudiants de médecine en 2ème et 3èmes cycles, en post internat et jeunes professionnels (jeunes médecins remplaçants). Cette étude dévoilait que 24,2% des répondants, majoritairement des étudiants de second cycle, considéraient leur état de santé comme moyen ou mauvais. 63% se déclaraient épuisés émotionnellement, 49% en perte d'accomplissement personnel, 14% avaient déjà eu des idées suicidaires. Pourtant moins de la moitié avait consulté un médecin généraliste au cours des douze derniers mois, favorisant l'auto-prescription d'antalgiques et d'anxiolytiques. (22) Négliger son suivi médical semble donc être une norme dès le début des études de médecine.

En cas de dépressurisation à bord d'un avion, il est recommandé aux passagers d'ajuster d'abord leur propre masque à oxygène avant d'aider leur voisin. Les études de médecine ne devraient-elles pas s'en inspirer ? Ne serait-il pas bénéfique d'apprendre aux futurs médecins à prendre soin aussi bien de leur santé et de leur équilibre personnel que de la santé de leurs patients ?

Plusieurs études démontrent pourtant que les médecins ont une plutôt bonne image de leur santé et déclarent appliquer à eux même les mesures de prévention. C'est peut-être ce qui explique leur choix de ne pas se faire suivre : le sentiment d'être en bonne santé et d'avoir les connaissances suffisantes pour s'auto-surveiller.

En 2004, le Dr Nouger F. reprenait dans sa thèse d'exercice les données de la littérature médicale évaluant les comportements des médecins en matière de santé entre 1900 et 2002. Selon les pays et les études, les médecins présentaient globalement de meilleurs comportements en matière de santé que la population générale, notamment pour ce qui concerne la consommation de tabac, la vaccination et la participation aux dépistages des cancers et des maladies cardiovasculaires. Paradoxalement le taux de mortalité des médecins n'était pas forcément plus faible que celui d'autres professions. Cela s'expliquait par des taux plus élevés de suicides et suggérait que les médecins n'employaient pas leurs connaissances médicales au profit d'une baisse de leur mortalité. Il en ressortait également que les médecins consultaient peu pour eux même, notamment le médecin généraliste, souvent car ils

ne se sentaient pas assez en confiance en matière de confidentialité pour discuter de leurs problèmes. (23)

En 2010, la DREES menait une étude sur la santé physique et psychique de 1 900 médecins généralistes de cinq régions de France (Basse-Normandie, Bretagne, Bourgogne, Provinces-Alpes-Côtes d'azur, Pays de la Loire). Dans cette étude, les médecins étaient 79% à se déclarer en bonne ou en très bonne santé et présentaient un meilleur comportement que les travailleurs actifs en matière de prévention du risque cardio-vasculaire et de cancer (consommation de tabac et d'alcool, surpoids, participation au dépistage des cancers). Les femmes y étaient plutôt bonnes élèves : moins nombreuses que leurs homologues masculins à être en surcharge pondérale, à fumer régulièrement, à présenter un risque dû à la consommation d'alcool. Elles participaient également très fortement aux dépistages des cancers gynécologiques. En revanche elles étaient plus fréquemment en détresse psychologique. (24)

Le Dr Lionnet M., en 2017, dressait un état des lieux du comportement des médecins généralistes libéraux du Var envers leur propre santé. 87% des médecins interrogés se considéraient en bonne santé, mais seul 67% avaient le sentiment d'être bien suivis sur le plan médical, sentiment majoré chez les femmes du fait d'un suivi gynécologique régulier. Elles semblaient également plus sensibilisées aux dépistages des cancers gynécologiques que la population générale.(21)

Le Dr Willem S. concluait également dans sa thèse présentée en 2014 que les femmes médecins généralistes libérales françaises avaient un suivi médical globalement de bonne qualité avec une très bonne participation au dépistage des cancers gynécologiques (près de huit femmes sur dix les réalisant correctement). (25)

Les médecins généralistes des Hauts-de-France semblent, eux, être de moins bons élèves. Une thèse menée en 2018 par le Dr Lamouret Laby C. s'est intéressée à la façon dont les médecins généralistes des Hauts-de-France appliquaient pour eux-mêmes les mesures de prévention. Il en ressortait que bien que les médecins interrogés soient près de 70% à avoir une application globale des mesures de prévention « plutôt satisfaisante » ou « tout à fait satisfaisante », ils n'apparaissent pas plus assidus que la population générale et ce malgré leurs connaissances. Les femmes médecins généralistes avaient tendance à moins réaliser leur suivi gynécologique que la population générale, surtout après 50 ans. (26)

L'étude trouve là son sujet. Les femmes médecins généralistes des Hauts-de-France sont-elles effectivement moins impliquées dans leur suivi médical et particulièrement dans leur suivi gynécologique ? Ou font-elles mentir l'adage « les cordonniers sont les plus mal chaussés » ? Montrent-elles l'exemple à leurs patientes dans une région encore fortement touchée par l'incidence des cancers du sein et du col de l'utérus ?

Partant de l'hypothèse que leur couverture en matière de dépistage des cancers est moins bonne, l'objectif principal de cette étude sera de déterminer le taux de participation des femmes médecins généralistes des Hauts-de-France au dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus.

L'objectif secondaire sera de comparer les résultats aux taux de participation en population générale et dans d'autres populations de femmes médecins.

D. Article : Introduction

Le médecin généraliste (MG), spécialiste des soins de premiers recours, est un acteur essentiel de la prévention et du dépistage. La prévention (primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire) consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités. Le dépistage s'inscrit dans une démarche de prévention secondaire et permet d'identifier, à un stade précoce de l'évolution d'une maladie, les sujets probablement atteints mais asymptomatiques. Il peut être organisé ou individuel. (2,3)

En France, trois cancers sont concernés par un dépistage organisé (DO) : le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du col de l'utérus.

Le cancer du sein est le premier cancer incident chez la femme mais aussi le plus mortel. (4) Généralisé en France depuis 2004, son dépistage cible les femmes de 50 à 74 ans sans symptômes ni facteurs de risque de cancer du sein en les invitant à réaliser une mammographie tous les deux ans. Le taux de participation au DO du cancer du sein est de 50,3% en 2018, loin des objectifs de 65% et 75% de taux de participation fixés respectivement par le plan cancer 2009-2013 et les recommandations européennes. La participation limitée au DO peut être expliquée par la coexistence, pour la même population cible, d'un dépistage individuel (DI) estimé à 10% et par la médiatisation des controverses autour de son efficacité sur la réduction de la mortalité par cancer du sein et de ses limites dont le risque de surdiagnostic. (5–7)

Le cancer du col de l'utérus (CCU) se situe à la douzième place des cancers incidents chez la femme avec une incidence et une mortalité en diminution constante. (4) Le CCU a pour principal facteur de risque l'infection chronique à papillomavirus humain (HPV) oncogène. Ce qui fait de lui le seul cancer accessible à la fois à la vaccination (prévention primaire) et au dépistage (prévention secondaire). La vaccination anti-HPV, proposée aux jeunes filles de 11 à 14 ans avec un rattrapage possible jusqu'à 19 ans, est encore trop peu réalisée en France. Le dépistage, organisé depuis début 2018, repose sur le frottis cervico-utérin recommandé chez les femmes de 25 à 65 ans, vaccinées ou non, tous les 3 ans après deux frottis négatifs réalisés à un an d'intervalle. Son taux de couverture est estimé à 59% avec seulement 8% des femmes ayant un rythme de suivi adéquat. (8,9)

Qu'en est-il de la prévention en santé chez les femmes médecins ?

Les femmes représentent 48,2% des médecins généralistes en activité et sont fortement présentes parmi les jeunes générations de médecins. (10)

Dans un article publié en 2008, le Conseil de l'Ordre des médecins dressait un constat alarmant sur le médecin et son incapacité consciente ou pas à prendre en charge sa santé de façon adéquate. Paradoxalement plusieurs études montrent que les médecins ont une plutôt bonne image de leur santé et de leur application pour eux-mêmes des mesures de prévention en santé. Une étude de la DREES sur la santé physique et psychique des MG français révélait que les femmes étaient plutôt bonnes élèves en matière de prévention et adhéraient fortement aux dépistages des cancers gynécologiques. Or une thèse menée en 2018 sur la prévention chez les MG de la région Hauts-de-France, rapportait que les femmes médecins étaient moins assidues à leur suivi gynécologique que la population générale, surtout après 50 ans. (11–14)

Qu'en est-il vraiment ? Les femmes médecins généralistes des Hauts-de-France sont-elles effectivement moins impliquées dans leur suivi gynécologique ?

L'objectif principal de l'étude est de déterminer le taux de participation des femmes médecins généralistes des Hauts-de France au dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus.

L'objectif secondaire est de comparer les résultats aux taux de participation en population générale et dans d'autres populations de femmes médecins.

E. Matériel et Méthode

I) Type et population d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive transversale portant sur les femmes médecins généralistes en exercice dans la région Hauts-de-France.

II) Réalisation du questionnaire

Un questionnaire en ligne a été réalisé via le logiciel Lime Survey (Cf Annexe 6). Ce questionnaire a été élaboré de façon à conserver l'anonymat du médecin. Il était précisé aux répondantes de ne mentionner aucune information pouvant permettre de les identifier.

Le questionnaire comportait 42 questions réparties en 5 parties :

- la première partie (6 questions) visait à recueillir les données générales du profil du médecin (variables socio-professionnelles et démographiques).
- la deuxième partie (4 questions) s'attachait au suivi gynécologique des femmes médecins.
- les troisième et quatrième parties étaient axées sur les modalités de dépistage des cancers gynécologiques : la troisième sur le dépistage du cancer du sein (19 questions), la quatrième sur le dépistage du cancer du col de l'utérus (4 questions).
- la cinquième et dernière partie s'intéressait à la pratique des médecins concernant le suivi gynécologique de leurs patientes (9 questions).

III) Recueil de données

Dans un premier temps, le lien menant au questionnaire a été publié sur le site du Conseil de l'Ordre des Médecins du Nord. Il a également été transmis par mail aux adhérentes de l'association NorAGJIR (Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants du Nord-Pas-de-Calais) après accord de diffusion par le bureau de l'association.

Dans un second temps, 400 femmes médecins des Hauts-de-France (Nord, Pas-de-Calais, Oise, Aisne et Somme) ont été tirées au sort dans l'annuaire web des Pages Jaunes et contactées par téléphone afin d'obtenir leurs consentements et leurs adresses mail. Le lien du questionnaire en ligne était par la suite envoyé aux médecins consentants.

Le recueil de données a été effectué du 28 Mars au 30 Juin 2019.

IV) Analyses statistiques

L'ensemble des réponses aux questionnaires a été exporté à partir du logiciel Lime Survey et retranscrit dans un tableur du logiciel Microsoft® Office 365 Excel® version 2013 constituant ainsi une base de données analysable.

L'analyse statistique a été réalisée via le logiciel BiostaTGV®. Les résultats ont été principalement analysés selon deux classes d'âges (moins de 50 ans et 50 ans et plus) afin de pouvoir les comparer aux recommandations des experts en matière de dépistage des cancers gynécologiques, notamment pour le cancer du sein. Certaines variables socio-professionnelles et démographiques ont également servi à l'analyse (type, mode et lieu d'exercice ; situation familiale).

Les variables quantitatives, principalement l'âge, sont décrites avec leurs paramètres de position et de dispersion. Les comparaisons de moyennes ont été effectuées grâce au test paramétrique de Student.

Les variables qualitatives sont décrites par l'effectif et le pourcentage. Des histogrammes ou des diagrammes en barre complètent la description en fonction des données présentées. Les comparaisons de proportions sont réalisées grâce au test du Khi2 ou au test exact de Fisher lorsque les effectifs étaient inférieurs à 5.

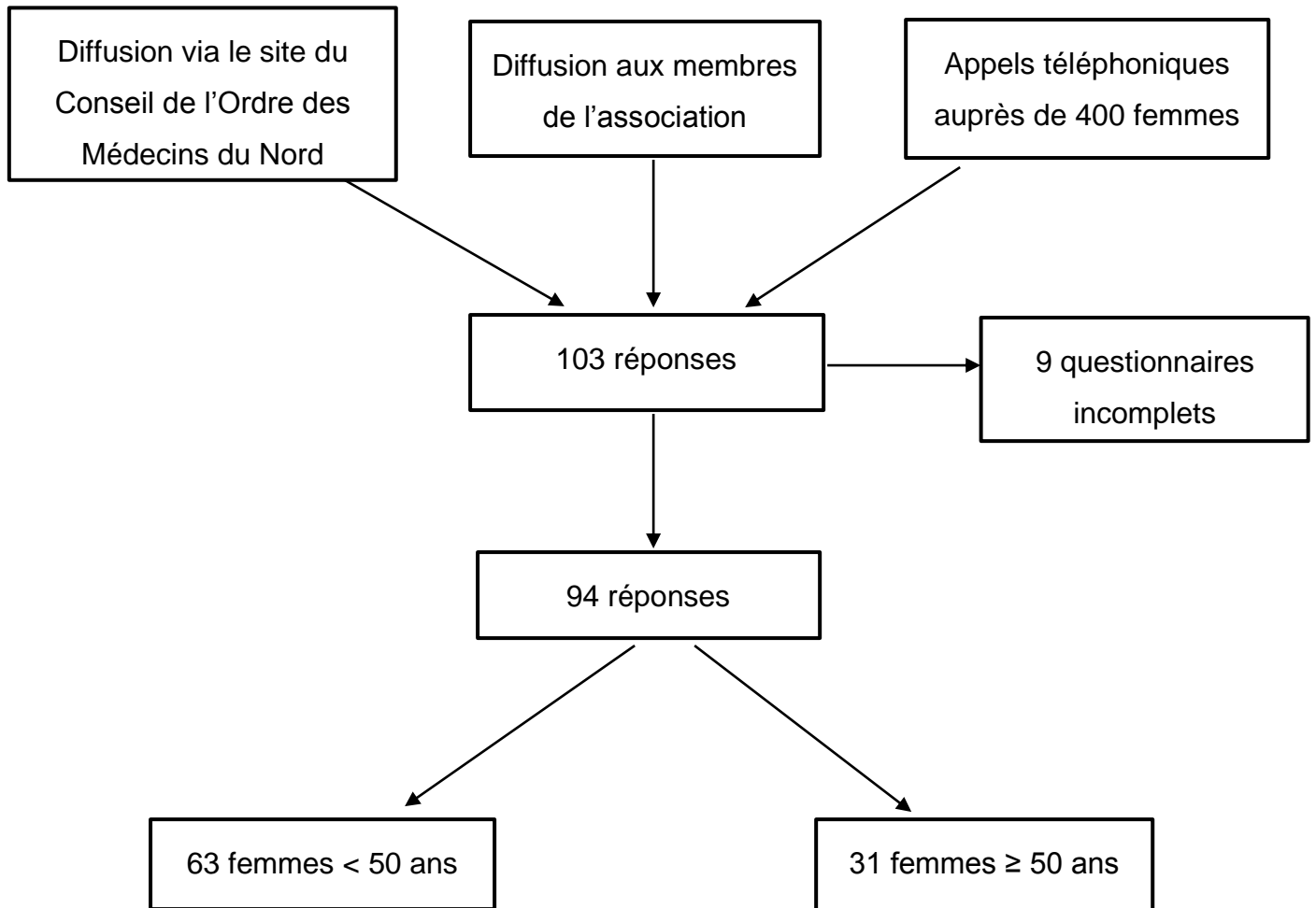
Dans le but d'étudier les possibles facteurs influençant le comportement des médecins en matière de dépistage des cancers, une analyse multivariée a été menée en intégrant les variables et facteurs d'intérêt dans un modèle de régression logistique. L'analyse a été effectuée avec le logiciel Minitab® version 19.

L'ensemble des analyses a été réalisé avec un risque de première espèce (alpha) fixé à 5%.

F. Résultats

103 réponses ont été obtenues dont 94 questionnaires complets.

I) Flowchart



II) Caractéristiques des femmes médecins de l'échantillon

L'âge moyen des répondantes est de 42,6 ans (écart type = 11,07). L'âge minimal est de 25 ans, l'âge maximal de 65 ans.

Les femmes de l'étude sont 70% à vivre en couple avec enfant.

Elles exercent majoritairement en libéral (83%), en milieu urbain (60,6%) et en cabinet de groupe (59 femmes).

	Population de l'échantillon N= 94	Âge < 50 ans N = 63 [67,02%]	Âge ≥ 50 ans N = 31 [32,98%]	p
Mode d'exercice				
Libéral	78 [82.98%]	53 [56.38%]	25 [26.60%]	0.318
Mixte	8 [8.51%]	4 [4.25%]	4 [4.25%]	0.432
Salarié	8 [8.51%]	6 [6.38%]	2 [2.13%]	1
Milieu d'exercice				
Urbain	57 [60.64%]	36 [38.30%]	21 [22.34%]	0.323
Semi-rural	31 [32.98%]	22 [23.40%]	9 [9.58%]	0.568
Rural	6 [6.38%]	5 [5.32%]	1 [1.06%]	0.660
Temps de travail hebdomadaire				
Moins de 35 heures	12 [12.77%]	12 [12.77%]	0	0.009
Entre 35 et 48 heures	52 [55.32%]	39 [41.49%]	13 [13.83%]	0.067
Entre 48 et 72 heures	29 [30.85%]	12 [12.77%]	17 [18.08%]	0.0004
Plus de 72 heures	1 [1.06%]	0	1 [1.06%]	0.330

Tableau n° 1 : Caractéristiques des femmes médecins généralistes de l'échantillon

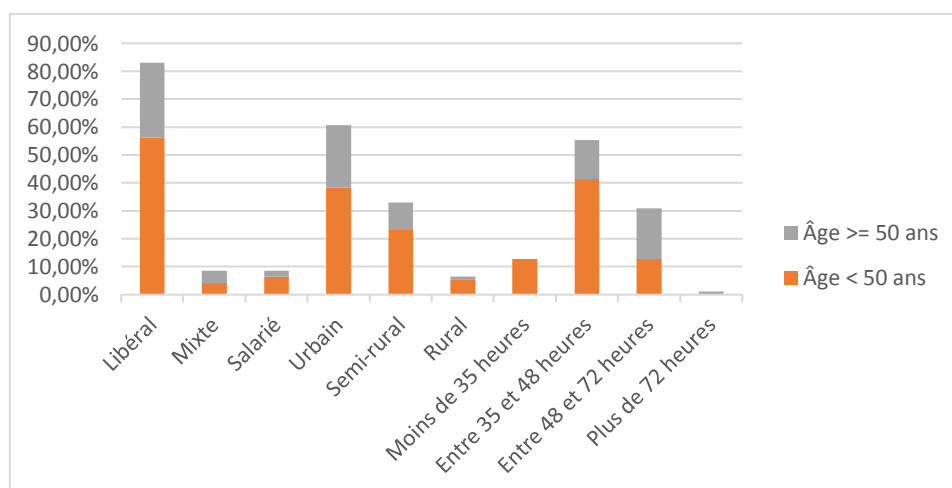


Figure 1 : Répartition de l'échantillon selon l'âge et le mode d'exercice, le milieu d'exercice et le nombre d'heures travaillées par semaine (données présentées en %)

II.1) Répartition selon l'âge et le mode d'exercice :

Mode d'exercice selon âge	Libéral N=78	Mixte N=8	Salarié N=8	Total N=94
Âge < 50 ans	53 [84.13%]	4 [6.35%]	6 [9.52%]	63
Âge ≥ 50 ans	25 [80.65%]	4 [12.90%]	2 [6.45%]	31

Tableau n°2 : Répartition selon l'âge et le mode d'exercice

L'âge n'a pas d'impact significatif sur le mode d'exercice ($p=0,677$). A noter que chez les femmes de 50 ans et plus la proportion de femmes ayant un exercice mixte est plus importante que celle ayant un exercice salarié, la situation est inversée chez les moins de 50 ans.

II.2) Répartition selon l'âge et le milieu d'exercice :

Milieu d'exercice selon âge	Urbain N=57	Semi-rural N=31	Rural N=6	Total N=94
Âge < 50 ans	36 [57.14%]	22 [34.92%]	5 [7.94%]	63
Âge ≥ 50 ans	21 [67.74%]	9 [29.03%]	1 [3.23%]	31

Tableau n°3 : Répartition selon l'âge et le milieu d'exercice

Il n'y a pas de lien significatif entre l'âge et le milieu d'exercice.

II.3) Répartition selon l'âge et le type d'exercice :

Type d'exercice selon âge	< 50 ans	≥ 50 ans	Total
Seule en cabinet	4 [19.05%]	17 [80.95%]	21
Cabinet de groupe	47 [79.66%]	12 [20.34%]	59
Centre hospitalier	5 [83.33%]	1 [16.67%]	6
Remplaçant	10	0	10

Tableau n°4 : Répartition selon le type d'exercice et l'âge

Les femmes de 50 ans et plus travaillent plutôt seules en cabinet tandis que les femmes de moins de 50 ans exercent plutôt en cabinet de groupe. La différence est statistiquement significative ($p<0,002$).

II.4) Répartition selon le temps de travail :

Temps de travail hebdomadaire selon l'âge	< 35h heures N=12	Entre 35 et 48 heures N=52	Entre 48 et 72 heures N=29	> 72 heures N=1	Total
Âge < 50 ans	12 [19.05%]	39 [61.90%]	12 [19.05%]	0	63
Âge ≥ 50 ans	0	13 [41.93%]	17 [54.84%]	1 [3.23%]	31
Mode d'exercice					
Libéral	11[14.10%]	41 [52.56%]	26 [33.33%]	0	78
Mixte	1 [12.5%]	4 [50%]	3 [37.5%]	0	8
Salarié	0	7 [87.5%]	0	1 [12.5%]	8
Milieu d'exercice					
Urbain	9 [15.79%]	30 [52.63%]	18 [31.58%]	0	57
Semi-rural	3 [9.68%]	21 [67.74%]	6 [19.35%]	1 [3.23%]	31
Rural	0	1 [1.67%]	5 [83.33%]	0	6
Type d'exercice					
Seule en cabinet	0	9 [42.86%]	12 [57.14%]	0	21
Cabinet de groupe	9 [15.25%]	33 [55.93%]	16 [27.12%]	1 [1.70%]	59
Centre hospitalier	0	6	0	0	6
Remplaçant	3 [30%]	7 [70%]	0	0	10

Tableau n°5 : répartition selon le temps de travail hebdomadaire et l'âge, le mode, le milieu et le type d'exercice.

Les femmes de 50 ans et plus travaillent significativement plus (58% travaillent plus de 48 heures par semaine contre 19% chez les moins de 50 ans) ($p=0,0001$).

La proportion de femmes travaillant entre 48 et 72h est plus importante chez les femmes exerçant en milieu rural et chez celles travaillant seules en cabinet, respectivement 83% ($p=0,05$) et 57% ($p=0,0008$).

III) Le suivi des femmes médecins interrogées

III.1) Leur suivi gynécologique

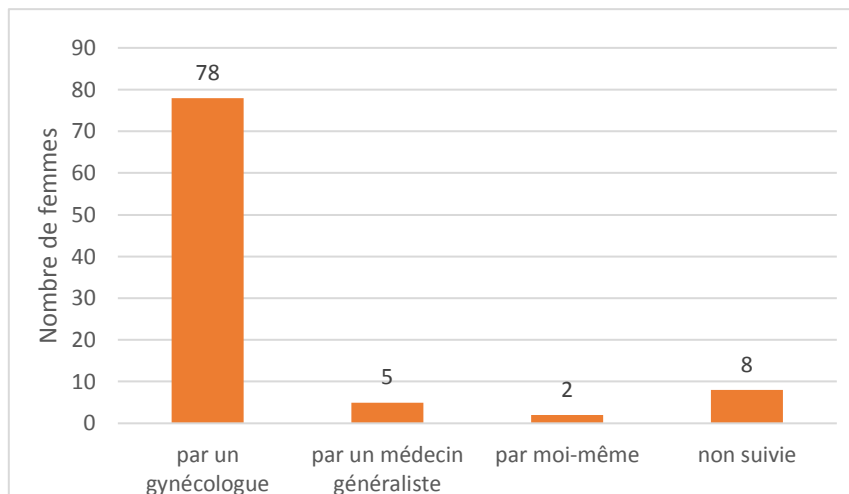


Figure 2 : Le suivi gynécologique des femmes médecins généralistes

91% des femmes de notre étude déclarent avoir un suivi gynécologique. Dans 92% des cas, ce suivi est assuré par un gynécologue, dans 6% des cas par un médecin généraliste. Pour 71% des femmes suivies, il s'agit d'un professionnel qu'elles ne connaissent pas personnellement.

Les femmes en couple avec enfant et celles travaillant entre 35 et 48h par semaine sont plus nombreuses que les autres à déclarer être suivies, respectivement 65% ($p=0.049$) et 49% ($p=0.016$). Il n'y a pas de différence significative selon les classes d'âge et l'exercice (mode, milieu et type).

Les raisons les plus souvent évoquées pour l'absence de suivi sont la négligence et/ou l'oubli (3 fois), le manque de temps (3 fois) et le fait de ne pas se sentir concernée par le suivi gynécologique (3 fois). La pudeur a été évoquée une fois.

III.2) Le dépistage du cancer du sein

Trois femmes de l'échantillon ont déclaré un antécédent de cancer du sein, elles ont toutes plus de 50 ans. Deux d'entre elles déclarent suivre les recommandations HAS concernant leur suivi. La troisième a un suivi plus rapproché sur demande de son gynécologue.

a. La palpation mammaire

	Population N=87	Autopalpation N= 49	Par un gynécologue N=36	Par un médecin généraliste N=2
Âge				
< 50 ans	62 [71.26%]	35 [56.45%]	25 [40.32%]	2 [3.23%]
≥ 50 ans	25 [28.74%]	14 [56%]	11 [44%]	0
Fréquence				
Plusieurs fois par an	43 [49,43%]	41 [95.35%]	2 [4.65%]	0
1 fois par an	30 [34.48%]	7 [23.33%]	21 [70%]	2 [6.67%]
Tous les 2 ans ou plus	14 [16.09%]	1 [7.14%]	13 [92.86%]	0

Tableau n° 6 : La palpation mammaire chez les femmes de l'échantillon

Les femmes de l'étude sont 87 à réaliser une palpation mammaire. 56,32% d'entre elles par autopalpation. Il n'y pas de différence significative selon les classes d'âge.

Les raisons évoquées par les femmes ne pratiquant pas la palpation mammaire sont la négligence et le manque de temps. Une femme a déclaré trouver cet examen inutile.

b. Participation au dépistage organisé du cancer du sein

Parmi les 28 femmes de l'étude faisant partie de la population cible du DO du cancer du sein (femmes de 50 à 74 ans sans facteur de risque de cancer du sein), 24 déclarent y prendre part. **Le taux de participation des femmes médecins généralistes au DO du cancer du sein est donc de 85,7%.**

Deux femmes ont précisé ne pas participer au DO, deux n'ont pas répondu à la question.

89% des femmes de 50 ans et plus ont réalisé leur mammographie dans les 2 ans.

Les raisons avancées par les femmes dont la dernière mammographie date de plus de 2 ans sont la négligence ou l'oubli (2 fois), le manque de temps (2 fois), la pudeur (1 fois). Une femme déclare penser que l'examen par mammographie a un mauvais rapport bénéfice/risque.

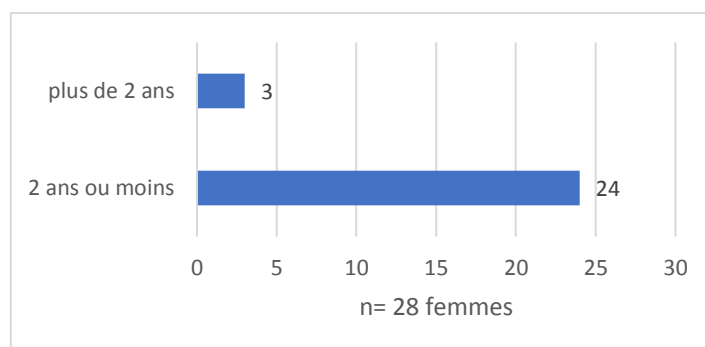


Figure 3 : Date de la dernière mammographie chez les femmes de 50 ans et plus

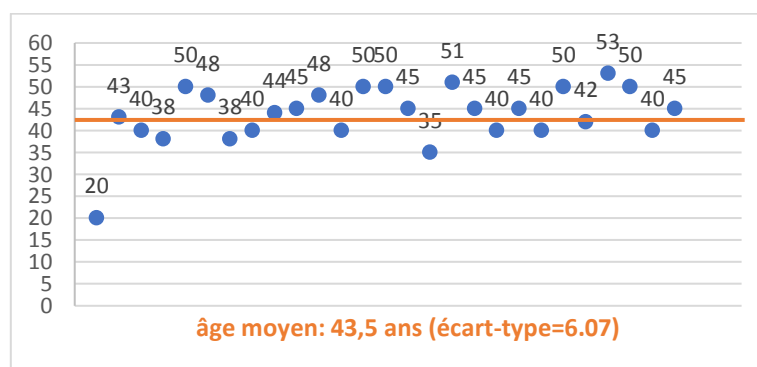


Figure 4 : Age de la première mammographie chez les femmes de 50 ans et plus

c. Mammographie en dehors du dépistage organisé

Parmi les 28 femmes éligibles au DO, 9 ont indiqué avoir déjà réalisé au moins une mammographie en dehors du DO. 5 d'entre elles sur auto-prescription, 3 à la demande du gynécologue, 1 à la demande d'un radiologue.

La présence de symptômes mammaires (douleur, nodule, etc...) est la principale raison avancée (6 fois), devant les antécédents familiaux de cancer du sein (3 fois).

III.3) Le dépistage du cancer du col de l'utérus

	Population éligible N=94	FCU ≤ 3ans N=83	FCU >3 ans N=11	P
Moyenne âge		42.17 (11.06)	46,09 (10.98)	0.288
Âge				0.169
< 50 ans	63	58 [92.06%]	5 [7.94%]	-
≥ 50 ans	31	25 [80.65%]	6 [19.35%]	-

Tableau n°7 : Le frottis cervico-utérin en fonction de l'âge ; (données) = écart-type

Les femmes de notre étude font toutes partie de la population cible du dépistage du CCU (femmes de 25 à 65 ans). **Le taux de réalisation d'un FCU dans les 3 ans est de 88,3%.**

Les raisons évoquées par les 11 femmes dont le FCU remontent à plus de 3 ans sont la négligence et l'oubli (5 fois), le manque de temps (5 fois), l'absence de symptôme (1 fois). Une femme a un antécédent d'hystérectomie.

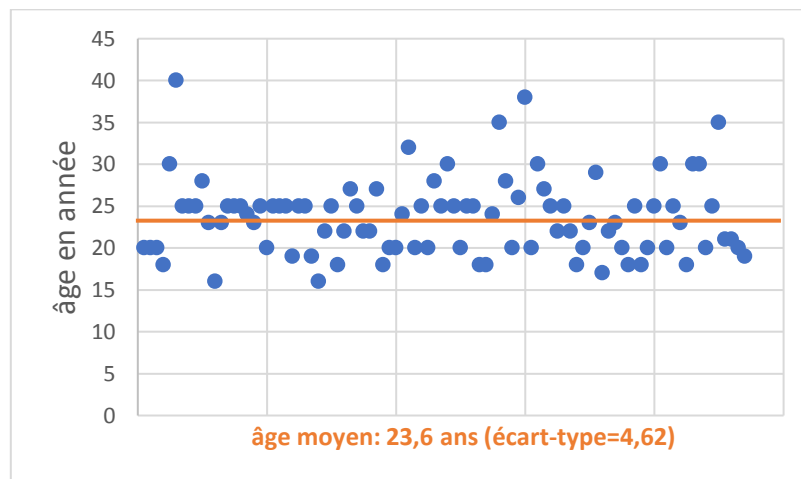


Figure 5 : Age du 1^{er} FCU chez les femmes de l'étude

IV) Le suivi gynécologique des patientes des femmes médecins interrogées

IV.1) Pratique de la gynécologie par les femmes médecins

77,7% des femmes interrogées pratiquent des actes de gynécologie (examen gynécologique, réalisation de FCU, pose de DIU). Leurs caractéristiques sont détaillées en annexe (Cf Annexe 4).

Les femmes travaillant en libéral et celles travaillant entre 35 et 48h par semaine sont significativement plus nombreuses à pratiquer la gynécologie.

IV.2) Dépistage du cancer du sein

Les médecins pratiquant la gynécologie sont 68,5% à réaliser une palpation mammaire annuelle systématiquement ou souvent chez leurs patientes.

94,5% prescrivent des mammographies en dehors du DO.

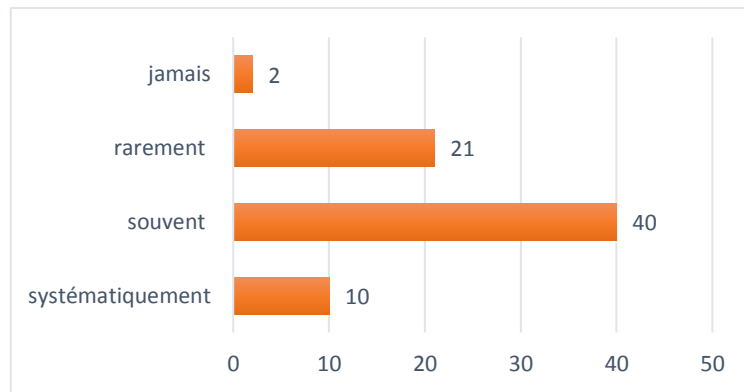


Figure 6 : Réalisation d'une palpation mammaire annuelle par les médecins chez leurs patientes

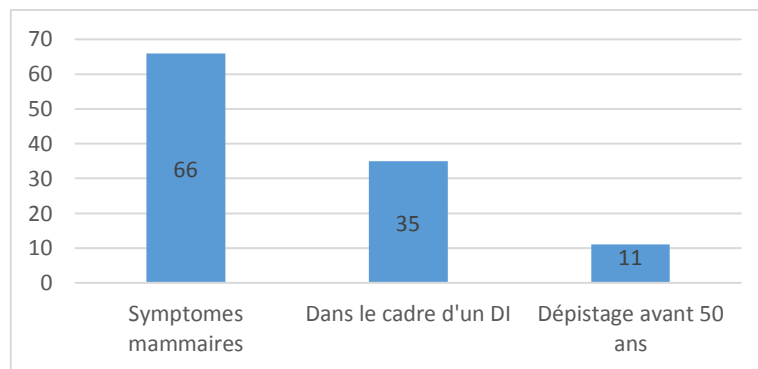


Figure 7 : Motifs de prescription de mammographie en dehors du DO

IV.3) Dépistage du cancer du col de l'utérus

Les médecins de l'étude pratiquant la gynécologie sont 90,4% à effectuer des FCU chez leurs patientes.

Les raisons évoquées pour la non-réalisation de FCU sont « je préfère les adresser à un laboratoire ou à leur gynécologue » (5 fois), « cela demande un temps long de consultation » (2 fois). Le coût du matériel par rapport à une rémunération insuffisante de l'acte a été évoqué une fois.

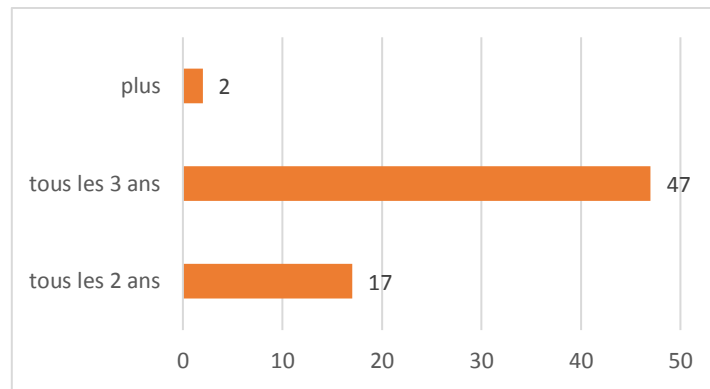


Figure 8 : Fréquence de réalisation de FCU chez leurs patientes

V) Analyse multivariée

V.1) Réalisation d'un FCU

Le suivi gynécologique et la palpation mammaire influencent significativement la réalisation d'un FCU dans les 3 ans chez les femmes médecins.

Ainsi les femmes non suivies sur le plan gynécologique sont près de 11 fois moins susceptibles d'avoir eu un FCU dans les 3 ans. (OR : 10,7 ; $p=0.006$).

Les femmes pratiquant l'autopalpation mammaire sont près de 5 fois moins susceptibles d'avoir effectué un FCU dans les 3 ans comparées aux femmes bénéficiant d'une hétéro-palpation par un professionnel de santé (gynécologue ou médecin généraliste) (OR=4,9 ; $p=0.02$).

La tranche d'âge, l'exercice (mode et milieu), le temps de travail hebdomadaire et la pratique de la gynécologie n'agissent pas de façon significative sur la réalisation du FCU.

V.2) Réalisation d'une mammographie

Il n'a pas été démontré d'influence significative de l'âge, du mode et du milieu d'exercice, du temps de travail hebdomadaire, du suivi gynécologique, de la palpation mammaire et de la pratique de la gynécologie sur la réalisation d'une mammographie dans les 2 ans chez les femmes médecins de 50 ans et plus.

V.3) Palpation mammaire

L'analyse n'a pas démontré que l'âge, les mode et milieu d'exercice, le temps de travail hebdomadaire, le suivi gynécologique et la pratique de la gynécologie influençaient de façon significative la réalisation et la fréquence de la palpation mammaire.

G. Discussion

I) Synthèse des résultats

La grande majorité des femmes de l'étude sont suivies par un gynécologue. Le plus souvent elles ne le connaissent pas personnellement.

Neuf femmes sur dix réalisent une palpation mammaire. 56,3% par autopalpation, 43,7% optent pour l'hétéro-palpation par un professionnel de santé.

Le taux de participation des femmes de 50 ans et plus au DO du cancer du sein est de 85,7%. Une femme sur trois effectuent des mammographies en dehors du DO.

La totalité des femmes de l'étude ont déjà fait au moins un frottis cervico-utérin. Le taux de réalisation d'un FCU dans les 3 dernières années est de 88,3%.

78% des femmes médecins généralistes de l'échantillon pratiquent la gynécologie.

La pratique de la gynécologie par les médecins et leur participation au dépistage des cancers gynécologiques selon les recommandations de bonnes pratiques ne sont pas liées.

Les femmes médecins suivies sur le plan gynécologique et celles bénéficiant d'une hétéro-palpation mammaire par un professionnel de santé sont davantage susceptibles d'être à jour dans la réalisation de leur FCU.

II) Forces et faiblesses de l'étude

II.1) Premier travail de thèse

De nombreuses études se sont penchées sur la santé des médecins en s'intéressant notamment à leur façon d'appliquer sur eux-mêmes les mesures de prévention en santé. Peu d'entre elles se sont intéressées uniquement aux femmes et aux particularités de suivi qu'implique la sphère gynécologique, notamment dans la région des Hauts-de-France. C'est l'objectif visé par ce premier travail pour le chercheur. Il est évidemment perfectible.

II.2) La méthode

L'anonymat dans le recueil et l'interprétation des données est un principe fondamental encourageant la participation des médecins.

Le tirage au sort des MG contactés par téléphone a permis une certaine représentativité de l'échantillon sauf pour une partie des répondantes qui a eu accès au questionnaire via l'association NorAGJIR et la plateforme internet du Conseil de l'Ordre des Médecins du Nord.

L'utilisation de la mailing liste de NorAGJIR a pu entraîner un biais de sélection. Ses adhérents constituent une population plus jeune et donc souvent plus impliquée dans son suivi gynécologique notamment pour la réalisation du FCU (24). Cette population compte également de nombreux médecins remplaçants, rarement interrogés dans les travaux de thèses car difficilement accessibles par rapport aux médecins installés et répertoriés dans les pages jaunes. L'accès à cette population peut être considéré comme un point fort de l'étude.

L'utilisation de la plateforme THESE'APP du Conseil de l'Ordre des Médecins du Nord a pu entraîner un biais de volontariat. Les médecins ayant répondu au questionnaire via cette application, et donc sans y être incités, sont probablement davantage sensibilisés au sujet et donc plus impliqués dans leur suivi.

La sélection des médecins dans l'annuaire web des pages jaunes peut ajouter un biais de sélection, l'ensemble des médecins de la région Hauts-de-France n'y étant pas forcément répertorié.

II.3) Le questionnaire

Les médecins généralistes sont souvent sollicités pour des travaux de recherche. Il était indispensable de proposer un questionnaire concis, cohérent et clair, contenant un maximum de questions fermées et peu de questions à texte, afin d'obtenir des données interprétables. Le questionnaire s'adaptait aux réponses de la participante, fonctionnalité le rendant plus rapide à remplir, plus lisible et limitant les erreurs. Les répondantes ne pouvaient y avoir accès qu'une seule fois afin de limiter le risque de doublons.

Certaines questions ont pu manquer de précision, notamment celles portant sur la formation des médecins au dépistage du cancer du sein et du CCU. Plusieurs répondantes ont regretté le fait que le suivi gynécologique par une sage-femme n'ait pas été proposé parmi les choix de réponses. Une femme s'est étonnée de l'absence de question sur la vaccination anti-HPV.

À la suite d'un problème technique survenu sur le site hébergeant le questionnaire en ligne, certaines réponses concernant la réalisation de mammographie par les femmes de moins de 50 ans n'ont pu être enregistrées et donc analysées.

Le questionnaire en ligne a entraîné un biais de sélection, excluant d'emblée les médecins n'ayant pas accès à internet ou ne l'utilisant pas.

L'auto-questionnaire a pu être à l'origine d'un biais de déclaration.

II.4) La participation

La participation des médecins à ce type d'étude est souvent faible, ce qui s'est vérifié durant le recueil de données. Peu de réponses ont été obtenues par rapport au nombre de médecins contactés. Il a parfois été difficile d'obtenir les adresses mail des médecins : secrétariat refusant de transmettre notre demande, médecins refusant de participer, médecins en congé ou n'exerçant plus au numéro indiqué.

Le faible nombre de réponses diminue la puissance de l'étude et donc la probabilité de mettre en évidence des différences significatives lors de l'analyse statistique.

Un certain nombre des femmes médecins ayant participé ont néanmoins exprimé leur intérêt pour le sujet et leur souhait de recevoir les résultats de l'étude.

III) Discussion des résultats

III.1) Caractéristiques des médecins de l'échantillon

La population analysée est plus jeune que la population des femmes médecins généralistes des Hauts-de-France avec un âge moyen de 42,6 ans VS 49 ans. Plus de la moitié des femmes de l'étude ont moins de 40 ans. Notre échantillon est représentatif du phénomène de féminisation des jeunes générations de médecins, visible dans toutes les spécialités mais majoritairement en médecine générale où 61% des médecins de moins de 40 ans sont des femmes (16). (Cf Annexe 5)

L'exercice y est majoritairement libéral et urbain. Plus de trois femmes de 50 ans et plus sur quatre exercent seules en cabinet tandis que les plus jeunes privilégient l'exercice en cabinet de groupe. Selon le Baromètre santé médecins généralistes de

2009, près de 80% des médecins généralistes de 40 ans ou moins déclaraient un exercice en cabinet de groupe (27).

La moitié des femmes de notre étude indiquent un temps de travail hebdomadaire compris entre 35 et 48h, ce qui est inférieur à la moyenne de 53 heures par semaine déclarée par les femmes médecins dans l'étude de la DREES en 2010 sur l'emploi du temps des médecins généralistes (19). Dans cette étude les médecins de moins de 46 ans travaillaient en moyenne 5% de temps de moins que leurs confrères de 50 ans et plus. Le plus faible temps de travail déclaré par les médecins de notre échantillon est probablement lié à la proportion importante de femmes jeunes (55% ont moins de 40 ans). D'autant que les femmes de 50 ans et plus de l'échantillon travaillent également significativement plus que les moins de 50 ans ($p= 0,0001$).

III.2) Leur suivi gynécologique

Le suivi gynécologique est largement répandu chez les femmes de l'étude. Déterminer la fréquence du suivi afin d'évaluer sa régularité aurait pu être une éventualité.

Il est majoritairement assuré par un gynécologue. Seule 6% des femmes interrogées sont suivies par un médecin généraliste. L'âge jeune des femmes de l'échantillon et le fait d'avoir des enfants (77% des répondantes) peuvent expliquer la sur-représentation du suivi par un gynécologue, le suivi gynécologique étant souvent couplé au suivi obstétrical chez les femmes en âge de procréer.

Plusieurs répondantes ont déploré le fait que la sage-femme n'ait pas été proposée parmi les acteurs du suivi. Depuis la loi HSPT de Juillet 2009, la sage-femme peut assurer le suivi gynécologique de prévention de toute femme en bonne santé (28). L'ajout de cette compétence survenait dans un contexte de baisse de la démographie des gynécologues médicaux libéraux, démographie qui reste faible à l'heure actuelle. Une femme de l'étude a d'ailleurs déclaré « effectuer son suivi et ses frottis par une sage-femme libérale faute de disponibilité des gynécologues dans sa ville ».

Les raisons évoquées en cas d'absence de suivi sont principalement le manque de temps, la négligence et/ou l'oubli. De façon surprenante, deux des trois femmes ayant déclaré ne pas se sentir concernées par ce suivi ont moins de 35 ans, des enfants et ne déclarent pas d'antécédent gynécologique. Est-ce là le signe d'un désintérêt pour le suivi gynécologique et peut-être médical au sens large ? Est-ce une

méconnaissance de l'intérêt du suivi et du dépistage ? Une de ces femmes précise « qu'elle se fera sûrement suivre plus tard », ce qui laisse sous-entendre une méconnaissance des recommandations de dépistage.

III.3) Leur participation au dépistage des cancers gynécologiques

a. Le dépistage du cancer du sein

▪ **La palpation mammaire**

La palpation mammaire est fortement pratiquée par les femmes de l'échantillon (95,6%). Dans un peu moins de trois cas sur cinq elles pratiquent l'autopalpation de façon régulière et fréquente. Chez les femmes concernées par l'hétéro-palpation, celle-ci est très largement réalisée par un gynécologue, une fois par an ou moins.

Comme pour le suivi gynécologique, les répondantes déclarent ne pas effectuer de palpation mammaire principalement par manque de temps, négligence et/ou oubli.

▪ **La mammographie**

Neuf femmes de 50 ans et plus sur dix ont réalisé leur dernière mammographie dans les 2 ans.

Elles débutent jeunes leur suivi par mammographie, en moyenne vers l'âge de 43 ans.

Les mammographies pratiquées hors DO sont souvent auto-prescrites en raison de symptômes mammaires. Cette démarche s'inscrit davantage dans le cadre d'un diagnostic précoce que d'un dépistage individuel.

Il aurait été intéressant d'étudier la réalisation de mammographie chez les femmes de moins de 50 ans. La perte d'une partie des données recueillies ne nous permet pas d'établir une réponse statistiquement valide. Cependant sur les 26 réponses récupérées sur cette partie du questionnaire, il ressort que 8 femmes de moins de 50 ans avaient déjà réalisé une mammographie principalement prescrite par un gynécologue en raison de symptômes mammaires.

Débuter son suivi avant l'âge de 50 ans pourrait donc être une caractéristique du dépistage chez les femmes de l'étude.

Les raisons de retard à la réalisation de la mammographie sont à nouveau principalement le manque de temps, la négligence et/ou l'oubli. Le mauvais rapport bénéfique/risque de la mammographie n'a été évoqué qu'une fois.

b. Le dépistage du CCU

Les femmes de l'étude participent fortement au dépistage du CCU avec plus de sept FCU sur huit réalisés dans les 3 ans.

La fréquence de réalisation du frottis semble diminuer avec l'âge. Bien que la différence ne soit pas statistiquement significative, la proportion de femmes dont le FCU remonte à plus de 3 ans est plus importante chez les femmes de 50 ans et plus que chez les moins de 50 ans (19,3% VS 7,9% ; $p=0,169$).

L'âge moyen au premier frottis est de 23,6 ans avec une forte disparité entre les âges (âge minimal :16 ans, âge maximal :40 ans). Seule une répondante sur quatre (26,6%) a effectué son premier FCU à l'âge de 25 ans comme recommandé par l'HAS.

Le manque de temps, la négligence et/ou l'oubli sont toujours les principales raisons de retard à la réalisation du FCU. L'absence de symptôme a été évoquée une fois ce qui dénote une méconnaissance de l'intérêt du dépistage.

Les femmes médecins généralistes de l'étude sont donc impliquées dans leur suivi gynécologique. Elles sont assidues aux méthodes de prévention des cancers du sein et du col de l'utérus, voire au-delà des recommandations HAS.

III.4) Le suivi gynécologique de leurs patientes

Trois médecins de l'étude sur quatre intègrent des actes de gynécologie à leur pratique (examen gynécologique, réalisation de FCU, pose de DIU).

Entre 23 et 40% d'entre eux ont indiqué avoir reçu une formation aux dépistages du cancer du sein et/ou du cancer du col de l'utérus. La question manquait néanmoins de précision. Le terme « formation » faisait ici référence à des apprentissages autres que ceux enseignés durant le cursus classique des études de médecine générale (Diplôme Universitaire de gynécologie, formations médicales continues, etc...). Le manque de précision a pu conduire à une surestimation du nombre de médecins formés.

La pratique de la gynécologie se retrouve statistiquement plus dans l'exercice libéral (66%, $p=0,010$), il n'y pas de distinction de pratique selon l'âge.

Les médecins pratiquant la gynécologie sont respectivement 68,5% et 64,4% à pratiquer chez leurs patientes une palpation mammaire annuelle de manière régulière

ou systématique et à réaliser un FCU tous les 3 ans, en accord avec les recommandations HAS.

Neuf médecins sur dix prescrivent des mammographies en dehors du DO, principalement pour explorer des symptômes mammaires (diagnostic précoce). La prescription de mammographie dans le cadre d'un dépistage individuel n'est cependant pas négligeable (47%). 15% des médecins interrogés considèrent que le dépistage par mammographie devrait commencer avant l'âge de 50 ans. L'Institut BVA rapporte dans une enquête menée en 2010 pour l'INCa que 60% des médecins généralistes préconisent la première mammographie avant l'âge de 50 ans. Or aucune étude actuelle n'a permis d'établir une réelle efficacité du dépistage sur la réduction de la mortalité par cancer du sein chez les femmes de 40 à 49 ans (29).

Dans notre étude, la pratique de la gynécologie et la participation des médecins au dépistage des cancers gynécologiques ne sont pas liées. L'analyse statistique n'a pas retrouvé de lien entre le fait pour un médecin de pratiquer la gynécologie ou de réaliser une palpation mammaire annuelle chez ses patientes et le fait pour ce médecin de réaliser un FCU dans les 3 ans et une mammographie dans les 2 ans.

Comme dans leur dépistage, les femmes médecins généralistes s'impliquent dans le dépistage des cancers gynécologiques de leurs patientes que celui-ci soit organisé ou individuel. Ce constat coïncide avec les résultats de l'étude INCa/BVA 2010 qui rapporte que les femmes médecins généralistes sont dans leur très grande majorité tout à fait convaincues de l'efficacité des dépistages des cancers du sein (85%) et du col de l'utérus (86%) et de leur rôle indispensable dans ces dépistages.

IV) Comparaisons aux données de la littérature

L'objectif secondaire de l'étude était de comparer le taux de participation aux dépistages des cancers gynécologiques des femmes médecins généralistes des Hauts-de-France aux taux en population générale et dans d'autres populations de médecins. Les données en population générale proviennent de plusieurs rapports et études publiés par différentes organisations de recherche en santé (DREES, INPES, INCa, Santé publique France, ...). La comparaison aux autres populations de femmes médecins repose essentiellement sur l'étude de la DREES publiée en 2010 sur la

santé physique et psychique de 1900 médecins généralistes installés dans 5 régions de France (Basse-Normandie, Bretagne, Bourgogne, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire) (24) et deux thèses d'exercice, à défaut d'autres travaux d'étude ayant un niveau de preuve plus élevé :

-la thèse du Dr Willem menée en 2014 sur le suivi médical de 190 femmes médecins généralistes libérales françaises (25)

- la thèse du Dr Tesson publiée en 2013 sur le dépistage des cancers gynécologiques chez 133 médecins généralistes d'Ile-de-France (30).

IV.1) Le suivi gynécologique

a. Population générale

Une enquête réalisée par l'Institut BVA en 2008 à la demande de la FNCGM (Fédération Nationale des collèges de gynécologie médicale) rapportaient que 85% des femmes françaises âgées de 15 à 75 ans déclaraient avoir un suivi gynécologique, assuré dans 70% des cas par un gynécologue médical ou obstétricien et dans 15% des cas par un médecin généraliste. Les femmes interrogées considéraient majoritairement que le gynécologue était plus compétent que le médecin généraliste dans ce domaine (31).

Le suivi gynécologique en France est marqué par des inégalités sociales. Les femmes appartenant à un milieu socio-économique plus favorisé sont plus nombreuses à se faire suivre, celles bénéficiant de la CMU ont davantage tendance à renoncer aux soins peu pris en charge par l'Assurance Maladie tels que la consultation gynécologique (32).

b. Autres populations de médecins

Dans la thèse de WILLEM les femmes étaient 93% à avoir un suivi gynécologique, dans la très grande majorité des cas par un gynécologue médical ou obstétricien (90%). Seules 3% étaient suivies par un médecin généraliste. La négligence et le manque de temps étaient les principales causes de non suivi.

92,5% des femmes interrogées par TESSON étaient suivies sur le plan gynécologique. Là encore le gynécologue était le principal acteur du suivi.

c. Population de l'étude

Le taux de suivi gynécologique dans notre étude (91%) est bien supérieur à celui de la population générale. Il se rapproche sensiblement des taux de suivi des femmes médecins à l'échelle nationale et en Ile-de-France.

Comme en population générale, le gynécologue est le principal acteur du suivi des femmes médecins généralistes. Il se peut que ces dernières soient gênées à l'idée de confier leur suivi intime à un confrère généraliste. L'auto-déclaration en tant que médecin traitant est une hypothèse supplémentaire. Près de 70% des médecins se déclarent comme étant leur propre médecin traitant (26). L'on peut également se demander si, à l'instar des femmes françaises, les femmes médecins généralistes considèrent le gynécologue comme étant le plus compétent pour leur suivi.

IV.2) La palpation mammaire

a. Population générale

Il n'a pas été retrouvé de données sur la pratique de la palpation mammaire en population générale.

b. Autres populations médicales

Les femmes médecins généralistes sont nombreuses à pratiquer la palpation mammaire. Ainsi TESSON rapporte que toutes les femmes interrogées pour son étude avaient déjà réalisé un examen clinique mammaire par un professionnel de santé, dans plus de 9 cas sur 10 par un gynécologue. L'autopalpation était plus fréquente chez les 30-39 ans.

Dans l'étude de WILLEM 70% des femmes pratiquaient l'autopalpation mammaire.

c. Population de l'étude

Comme leurs consœurs, les femmes médecins généralistes des Hauts-de-France favorisent l'autopalpation mammaire.

Bien que la HAS recommande une hétéro-palpation mammaire annuelle par un professionnel de santé à partir de l'âge de 25 ans, cette pratique reste controversée. La palpation mammaire peut-être présentée comme un examen complémentaire à la mammographie car permettant la détection de cancers d'intervalle ou passés inaperçus (33). D'autres métaanalyses, telles que celle de la revue Cochrane (2008) ou du CIRC (Centre international de recherche sur le cancer) (2015) concluent que

l'examen clinique des seins et l'autopalpation même bien enseignée et bien réalisée n'ont pas fait la preuve d'une efficacité suffisante sur la réduction de la mortalité par cancer du sein. (29,34)

Ces controverses ne semblent pas avoir d'impact sur la pratique de la palpation mammaire chez les femmes médecins généralistes. Seule une femme de notre étude a déclaré trouver cet examen inutile.

IV.3) La mammographie

a. Population générale

Selon l'enquête Baromètre cancer 2010 menée par l'INCa et l'INPES, 87,5% des femmes âgées de 50 à 74 ans déclaraient avoir eu une mammographie au cours des deux dernières années, sans distinction entre DO et DI (35). Chiffre assez éloigné de l'estimation des auteurs d'un article paru dans le BEH en 2012 qui concluent qu'en 2009 la participation des femmes au dépistage du cancer du sein, DO et DI confondus, était de 62% (52% de DO et 10% de DI) (10).

Santé publique France estimait le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein à 50,3% en 2018 (9).

b. Autres populations de médecins

Dans l'étude de la DREES 83% des médecins généralistes de 50 ans et plus déclaraient avoir bénéficié au cours des 2 dernières années d'une mammographie de dépistage conformément aux recommandations de bonnes pratiques et au programme de dépistage organisé.

Chez WILLEM et TESSON, les femmes de 50 ans et plus sont respectivement 79% et 56,9% à avoir réalisé une mammographie dans les 2 ans. Les médecins parisiens adhéraient fortement au dépistage individuel (87,7%). Les taux de participation au DO étaient de 79% chez les femmes médecins généralistes libérales françaises et 65,5% en Ile-de-France.

c. Population de l'étude

Notre étude retrouve une participation des femmes de 50 ans et plus au DO du cancer du sein largement supérieure à celle de la population générale (85,7% vs 50,3%). Les femmes médecins des Hauts-de-France adhèrent massivement au dépistage organisé, plus que leurs consœurs. Nos résultats diffèrent de ceux de LAMOURET

LABY qui retrouvait seulement 71,43% de femmes médecins de 50 ans et plus ayant réalisé une mammographie dans les 2 ans (26). La comparaison de ces deux proportions ne retrouve cependant pas de différence significative ($p=0,329$).

IV.4) Le frottis cervico-utérin

a. Population générale

Selon le Baromètre Cancer 2010, 81% des femmes françaises de 25 à 65 ans déclaraient un FCU datant de moins de 3 ans. Les femmes de plus de 55 ans étaient les moins suivies et seules 8% des femmes réalisaient leurs FCU selon les recommandations HAS soit tous les 3 ans.

Entre 2015 et 2017 le taux de couverture du dépistage du CCU en France était de 59% (13).

b. Autres populations de médecins

L'étude de la DRESS retrouvait 79% de médecins déclarant avoir réalisé un FCU dans les 3 ans, les plus jeunes (35-39 ans) étant plus assidues à ce dépistage.

Les résultats retrouvés par WILLEM coïncident avec ceux de la DRESS. Elle a également constaté que l'avancée en âge, l'exercice en milieu urbain, et le nombre croissant d'heures de travail hebdomadaire diminuaient la fréquence de réalisation du FCU.

Dans la thèse de TESSON, 86,3% des médecins d'Ile-de-France avait effectué un FCU dans les 3 ans. Elle notait que les femmes ayant passé une mammographie de DI étaient significativement plus fréquemment à jour de leur frottis.

c. Population de l'étude

Dans notre étude, le taux de réalisation d'un FCU dans les 3 ans est supérieur à celui en population générale (88,3% vs 59%). Les médecins de la région se dépistent également davantage selon les recommandations HAS que les femmes médecins franciliennes et françaises.

Contrairement aux différentes études en population médicale, il n'a pas été retrouvé d'influence significative de l'âge sur la fréquence de réalisation du FCU, possible conséquence du manque de puissance de l'étude.

Le suivi gynécologique agit positivement sur la réalisation d'un FCU dans les 3 ans de même que l'hétéro-palpation par un gynécologue ou un médecin généraliste. L'on peut

avancer l'hypothèse que l'action extérieure d'un professionnel de santé permet une meilleure assiduité au dépistage en limitant l'oubli.

V) Pistes de recherche

L'implication des médecins dans leur propre suivi semble confrontée à différents obstacles. Le manque de temps et la négligence ont, à de multiples reprises, été évoquées par les médecins de l'étude pour justifier leur retard à la réalisation des mesures de dépistage. Il existe probablement des justifications plus complexes. Dans une thèse qualitative menée en 2015, les Drs Carme et Maglioli se sont intéressées aux freins limitant l'accès aux soins des médecins généralistes. Outre les contraintes organisationnelles comme le manque de temps ou les difficultés liées à l'exercice libéral, sont ressorties une réelle peur de la maladie et de ses conséquences notamment financières et la peur du jugement par les pairs, les patients et la société.(36)

Dans notre étude l'action extérieure d'un professionnel de santé semblait favoriser le suivi gynécologique à un rythme adéquat.

La mise en place d'une médecine du travail pour les médecins libéraux, déjà évoquées dans plusieurs travaux, pourrait être une piste. Ce service existe pour les praticiens hospitaliers mais rencontre un succès mitigé. Les médecins ne vont que très rarement à la médecine du travail malgré les convocations et ont un avis mitigé sur la qualité de la prise en charge proposée. C'est du moins ce que soulignait le Dr Abou Kais dans une thèse sur la prise en charge des médecins spécialistes du CHRU de Lille de leurs propres soucis de santé.(37)

La mise en place d'une visite systématique et régulière de médecine du travail pourrait être proposée avec toutefois le risque d'être mal perçue par les médecins, le caractère obligatoire pouvant être vu comme répressif.

Plusieurs associations existent, souvent dédiées au soutien psychologique des médecins : l'Association d'Aide aux Professionnels de santé et aux Médecins libéraux (AAPML), l'Association Pour les Soins aux Soignants (APSS), Médecins Organisation Travail Santé (MOTS), ...

D'autres initiatives tournées vers une prise en charge plus globale ont vu le jour. Une consultation de prévention dédiée aux médecins a été créée en 2016 dans les centres d'examen de santé de Brest, Lanester, Rennes et Saint-Brieuc. Il est proposé à tous les médecins bretons en activité, un examen de santé complet, gratuit et confidentiel, au cours duquel, en plus des examens cliniques et paracliniques classiques, le sujet du choix du médecin traitant « extérieur » est abordé, des actes de prévention tel que le frottis cervico-utérin sont proposés, le risque d'épuisement professionnel est évalué par questionnaire. Le médecin est le seul à recevoir les résultats du bilan ce qui favorise le maintien de la confidentialité. (38) Étendre cette initiative à l'ensemble du territoire national pourrait permettre de sensibiliser davantage de médecins.

H. Conclusion

Les femmes médecins généralistes des Hauts-de-France se font largement suivre sur le plan gynécologique. Contrairement à l'hypothèse formulée au départ, elles participent fortement aux dépistages des cancers du sein et du col de l'utérus. Leurs taux de participation à ces deux dépistages sont très supérieurs à ceux de la population générale. Elles se révèlent aussi voire plus impliquées dans leur dépistage que d'autres populations de femmes médecins.

Les femmes de l'étude sont nombreuses à pratiquer la palpation mammaire surtout par autopalpation. Elles sont plus de neuf femmes de 50 ans et plus sur dix à avoir réalisé une mammographie dans les 2 ans et sept femmes sur huit, tous âges confondus, à avoir effectué un frottis cervico-utérin dans les 3 ans. Elles ont tendance à débiter leur dépistage avant les âges recommandés par la HAS et les mammographies réalisées en dehors du dépistage organisé le sont souvent dans le cadre d'un diagnostic précoce. Les femmes les plus susceptibles d'être à jour de leur frottis sont celles suivies sur le plan gynécologique et bénéficiant d'une hétéro-palpation mammaire par un professionnel de santé. La pratique de la gynécologie par les médecins n'a pas d'influence significative sur leur propre participation aux dépistages des cancers gynécologiques. Les femmes médecins sont aussi bien impliquées dans leur dépistage que dans celui de leurs patientes.

Les difficultés organisationnelles telles que le manque de temps ont souvent été avancées comme un frein à la réalisation du suivi. S'y ajoutent la négligence et l'oubli, le suivi médical passant souvent en arrière-plan quand trouver un équilibre entre sa vie personnelle et une vie professionnelle prenante et exigeante s'apparente à un défi quotidien.

Il paraît important d'aider les médecins, acteurs indispensables du système de soins en France, à redonner de la place à leur santé et à leur bien-être. Les jeunes générations semblent en tout cas prêtes à s'y atteler, portées par la féminisation et par la volonté de ne plus s'oublier au profit de leur métier. C'est assurément le défi qu'il nous faudra relever.

I. Références bibliographiques

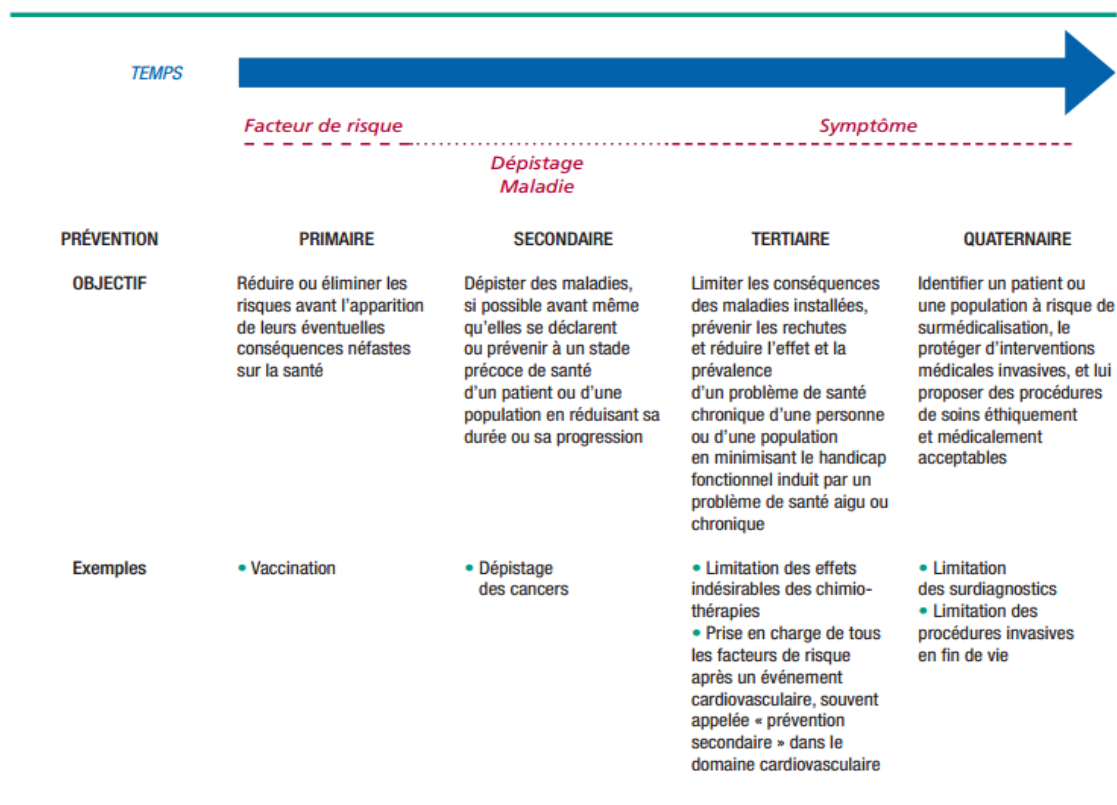
1. Pr. Druais P-L. La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes; 2015 mars p. 91.
2. Huas C, Aubin-Auger I, Partouche H, Rat C, Boussageon R. Dépister ou ne pas dépister : comment s’y retrouver ? Exercer. 2016;27(127):216-25.
3. Agence Nationale d’Accréditation et d’Evaluation en Santé (ANAES). Guide méthodologique: comment évaluer a priori un programme de dépistage. 2004 mai.
4. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Item 287: Facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers [Internet]. Université médicale virtuelle francophone. 2016 [cité 2 juill 2019]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item139/site/html/3.html>
5. Institut National du Cancer. Les cancers en France, l’essentiel des faits et des chiffres / Edition 2019. 2019 févr.
6. Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z. Estimations nationales de l’incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 1990 et 2018 - Synthèse. Francim, Santé publique France; 2019 févr.
7. Lapôtre-Ledoux B, Plouvier S, Cariou M. Estimations régionales et départementales d’incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016 / Hauts-de-France. Francim, Santé publique France; 2019 janv.
8. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention du cancer du sein [Internet]. HAS Santé. [cité 29 mai 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf
9. Cancer du sein [Internet]. Santé publique France. [cité 11 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/donnees/#tabs>
10. Institut de veille sanitaire (InVS), E. Salines, J. Bloch, S. Danet. Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), N° 35-36-37 - Septembre 2012 - Numéro thématique - Dépistage organisé du cancer du sein. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH). sept 2012;389-420.
11. Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2013 [cité 12 juill 2019]; Disponible sur: <https://www.readcube.com/articles/10.1002/14651858.CD001877.pub5>
12. Institut National du Cancer. Les cancers en France en 2016: L’essentiel des faits et chiffres. 2017 févr.
13. Cancer du col de l’utérus [Internet]. Santé publique France. [cité 15 juill 2019]. Disponible sur: </maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus>
14. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prévention du cancer du col de l’utérus [Internet]. 2013 [cité 31 mai 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08__vf_mel.pdf

15. Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus/ Revues de la littérature / Etude médico-économique/ Phase 1. Institut National du Cancer; 2015 déc. (Appui à la décision).
16. Bouet P, Mourgues J. Atlas de la démographie médicale en France - 2018.
17. Francione R, Bissonnier C. La démographie médicale en région Picardie en 2015. Conseil National de l'Ordre des médecins. 2015;65.
18. Lebreton-Lerouillois Gwénaëlle, Dr Rault J-François. La démographie médicale en région Nord-pas-de-calais en 2015. Conseil National de l'Ordre des médecins. 2015;63.
19. Jakoubovitch S, Bournot M-C. Les emplois du temps des médecins généralistes. Etudes et Résultats -DREES. mars 2012;(797).
20. Allen DJ, Heyrman PJ. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille - WONCA Europe 2002. 2002;52.
21. Lionnet M. Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé: enquête sur 205 médecins généralistes libéraux dans le Var en 2017 [Thèse de doctorat en médecine]. [Marseille]: Faculté de médecine de Marseille; 2018.
22. Le breton-Lerouillois G. Santé des étudiants et jeunes médecins. Conseil National de l'Ordre des médecins - Comission jeunes médecins. 2016;99.
23. Nougier F. Les médecins généralistes et leur santé, ou « Docteur, comment prenez-vous en charge votre santé »: Enquête sur les médecins généralistes libéraux installés dans le département de la Vienne [Thèse de doctorat en médecine]. [Poitiers]: Faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers; 2004.
24. Despres P, Grimbert I, Lemery B, Bonnet C, Aubry C, Colin C. Santé physique et psychique des médecins généralistes. Etudes et Résultats. juin 2010;(731).
25. Willems S. Le suivi médical des femmes médecins généralistes libérales françaises. Université du Droit et de la Santé - LILLE 2; 2014.
26. Lamouret Laby C. La prévention chez les médecins généralistes de la région Hauts-de-France [Thèse de doctorat en médecine]. [Lille]: Université du Droit et de la Santé - LILLE 2; 2018.
27. Gautier A, Bera N. Baromètre Santé Médecins généralistes 2009. 2009 janv p. 266. (Baromètres santé).
28. Suivi gynécologique et contraception [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 23 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/le-suivi-gynecologique-de-prevention-et-les-consultations-en-matiere-de-contraception/>
29. Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, Benbrahim-Tallaa L, Bouvard V, Bianchini F, et al. Breast-Cancer Screening — Viewpoint of the IARC Working Group. N Engl J Med. 11 juin 2015;372(24):2353-8.
30. Tesson Florence. Le dépistage des cancers gynécologiques chez les femmes médecins: enquête descriptive auprès de 133 médecins généralistes d'Île-De-France [Thèse de doctorat en médecine]. Université Pierre et Marie Curie Paris 6; 2013.

31. Institut BVA. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique [Internet]. Fédération Nationale des collèges de gynécologie médicale; 2008 mai. Disponible sur: http://www.fncgm.com/images/Enquetes/bva_synthese.pdf
32. Danet S, Olier L, Moisy M, France, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. La santé des femmes en France. Paris: Documentation française; 2010.
33. Dépistage du cancer du sein : la palpation des seins aussi. *Prescrire*. 2002;(22 (225)):123-6.
34. Kösters J, Gøtzsche P. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer (Review). *The Cochrane Library* [Internet]. 2008;(Issue 3). Disponible sur: <https://nordic.cochrane.org/sites/nordic.cochrane.org/files/public/uploads/ResearchHighlights/Regular%20self-examination,%20CD003373.pdf>
35. Institut National du Cancer. La situation du cancer en France en 2012. déc 2012 [cité 30 mai 2018]; Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000042.pdf>
36. Carme J, Maglioli L. La santé du Médecin Généraliste : étude qualitative des freins à l'accès aux soins [Thèse de doctorat en médecine]. Université Joseph Fourier Faculté de Médecine de Grenoble; 2015.
37. Abou Kais R. Comment les médecins spécialistes du CHRU de Lille se prennent en charge lorsqu'ils sont eux-même confrontés à un problème de santé? [Internet] [Thèse de doctorat en médecine]. Université du Droit et de la Santé - LILLE 2; 2015. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/2d216b50-e3ac-4a1c-b0e8-26f856bda95e>
38. Brichard J-M. Centre d'examens de santé pour les médecins de Bretagne [Internet] [Mémoire de fin de DIU Soigner les soignants]. Université Paris Diderot; 2017. Disponible sur: <http://diu-soignerlessoignants.fr/wp-content/uploads/2019/02/BRICHARD-2-2017-CENTRE-DE%20%99EXAMEN-DE-SANTE-POUR-LES-MEDECONS-DE-BRETAGNE.pdf>

J. Annexes

Annexe 1 : Définition des différents types de prévention selon une vision chronologique. *Dépister ou ne pas dépister : Comment s'y retrouver ? Exercer* 2016, N° 27

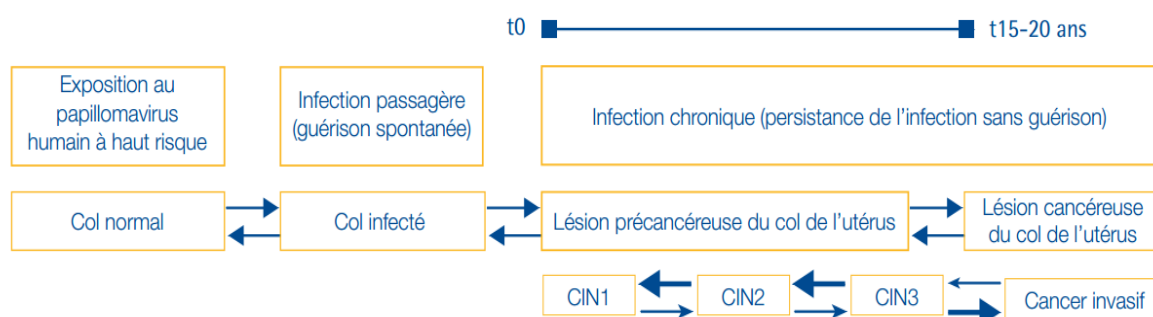


Annexe 2 : Les 10 Critères OMS. Principes et pratiques du dépistage des maladies. 1970

- 1) La maladie dont on recherche les cas constitue une menace grave pour la santé publique.
- 2) Un traitement d'efficacité démontrée peut être administré aux sujets chez lesquels la maladie a été décelée.
- 3) Les moyens appropriés de diagnostic et de traitement sont disponibles.
- 4) La maladie est décelable pendant une phase de latence ou au début de la phase clinique.
- 5) Une épreuve ou un examen de dépistage efficace existe.
- 6) L'épreuve utilisée est acceptable pour la population.
- 7) L'histoire naturelle de la maladie est connue, notamment son évolution de la phase de latence à la phase symptomatique.
- 8) Le choix des sujets qui recevront un traitement est opéré selon des critères préétablis.
- 9) Le coût de la recherche des cas (y compris les frais de diagnostic et de traitement des sujets reconnus malades) n'est pas disproportionné par rapport au coût global des soins médicaux.
- 10) La recherche des cas est continue et elle n'est pas considérée comme une opération exécutée « une fois pour toutes ».

Annexe 3 : Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus et de l'infection par le papillomavirus humain. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus.

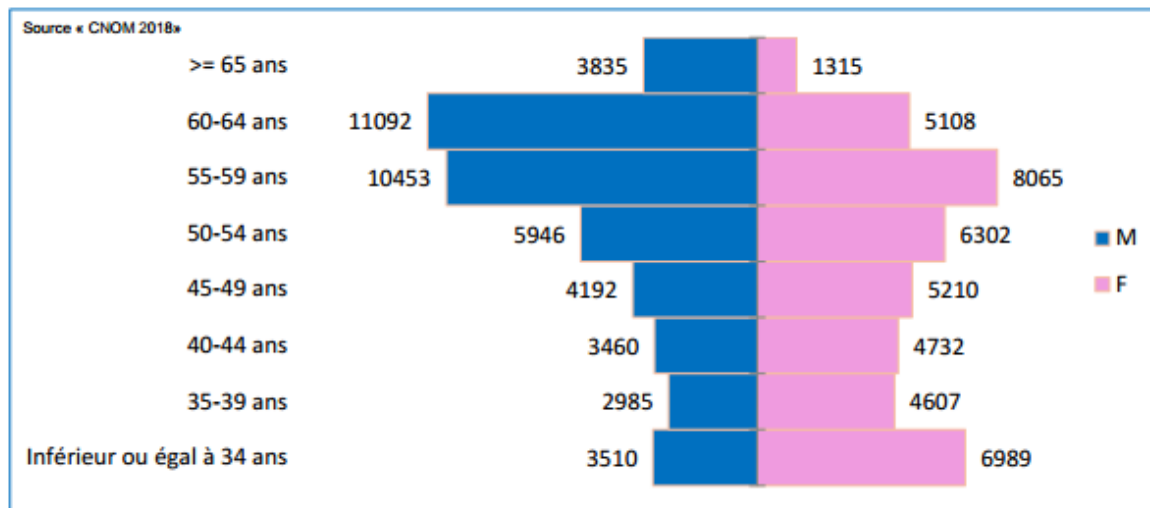
HAS Juin 2013



Annexe 4 : Tableau de caractéristiques des populations de femmes médecins généralistes interrogées pratiquant et ne pratiquant pas d'actes de gynécologie

	Population N=94	MG pratiquant la gynécologie N=73 [77.66%]	MG ne pratiquant pas la gynécologie N=21 [22.34%]	p
Moyenne d'âge		41.84 [11.44%]	45.38 [9.42%]	0.157
Age				0.571
<50	63	50 [53.19%]	13 [13.83%]	-
>=50	31	23 [24.47%]	8 [8.51%]	-
Situation familiale				0.072
Couple avec enfant	66	50 [53.19%]	16 [17.02%]	-
Couple sans enfant	13	12 [12.77%]	1 [1.06%]	-
Seule avec enfant	7	7 [7.44%]	0	-
Seule sans enfant	8	4 [4.25%]	4[4.25%]	-
Mode d'exercice				0.010
Libéral	78	62 [65.96%]	16 [17.02%]	-
Mixte	8	8 [8.51%]	0	-
Salarié	8	3 [3.19%]	5 [5.32%]	-
Milieu d'exercice				0.333
Urbain	57	47 [50%]	10 [10.64%]	-
Semi-rural	31	22 [23.40%]	9 [9.57%]	-
Rural	6	4 [4.25%]	2 [2.13%]	-
Temps de travail hebdomadaire				0.013
Moins de 35 heures	12	12 [12.77%]	0	-
Entre 35 et 48 heures	52	36 [38.30%]	16 [17.02%]	-
Entre 48 et 72 heures	29	25 [26.60%]	4 [4.25%]	-
Plus de 72 heures	1	0	1 [1.06%]	-

Annexe 5 : Pyramide des âges des généralistes en activité régulière en 2018.
Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} Janvier 2018.
CNOM 2018



Annexe 6 : Questionnaire de thèse

Chère consœur,

Je suis Stéphanie POULIER, étudiante en médecine générale. Je réalise une thèse dirigée par le Pr Denis DELEPLANQUE en lien avec la faculté de médecine Lille 2, sur le suivi gynécologique des femmes médecins généralistes des Hauts-de-France. Ainsi, je m'intéresse à votre pratique autant personnelle que professionnelle vis à vis des dépistages organisés et individuels des cancers du sein et du col de l'utérus. A cette fin, je vous adresse ce **questionnaire anonyme** à remplir en ligne. Je vous remercie par avance du temps que vous y consacrerez.

Attention, dans les champs de réponses libres, soyez vigilants : certaines informations communiquées peuvent permettre de vous identifier de manière indirecte et donc lever l'anonymat du questionnaire.

1- Votre profil :

Votre âge : __ __ans

Votre situation familiale :

- en couple avec enfant
- en couple sans enfant
- seule avec enfant
- seule sans enfant

Votre mode d'exercice actuel :

- libéral
- salarié
- mixte

Votre milieu d'exercice :

- urbain
- semi-rural
- rural

Travaillez-vous :

- seule en cabinet
- en cabinet de groupe
- en milieu hospitalier
- en tant que remplaçant
- Autre : _____

Nombre d'heures travaillées par semaine :

- moins de 35 heures
- entre 35 et 48 heures
- entre 48 et 72 heures
- plus de 72 heures

2- Votre suivi gynécologique :

Êtes-vous suivie sur le plan gynécologique ?

- Oui
- Non

Si Oui, par qui ?

- moi-même
- un gynécologue
- un médecin généraliste

Est-ce quelqu'un que vous connaissez personnellement ?

- Oui
- Non

Si absence de suivi, pour quelle(s) raison(s) ?

- Négligence, Oubli
- Manque de temps
- Pénurie de médecin
- Pudeur
- Je ne me sens pas concernée par ce suivi
- Autre : _____

3- Votre santé : concernant le cancer du sein

Avez-vous déjà eu un cancer du sein ?

- Oui
- Non

A votre connaissance, êtes-vous porteuse d'une mutation BRCA 1 ou 2 ?

- Oui
- Non

Si vous avez un antécédent de cancer ou que vous êtes porteuse d'une mutation BRCA, connaissez-vous les recommandations HAS sur le suivi de votre pathologie ?

- Oui
- Non

Si oui, les suivez-vous ?

- Oui
- Non

Si vous ne les suivez pas, pour quelles raisons ?

- Négligence, oubli
- Manque de temps
- Pudeur
- Pénurie de médecin
- Peur d'une mauvaise nouvelle
- Je trouve cela inutile
- Autre : _____

Si vous n'avez pas de facteur de risque de cancer du sein, Réalisez-vous une palpation des seins ?

- Par moi-même (autopalpation) ou un proche
- Par un gynécologue
- Par un médecin généraliste
- Non

A quelle fréquence ?

- plusieurs fois par an
- une fois par an
- tous les 2 ans et plus

Si vous ne réalisez pas de palpation des seins, pour quelle(s) raison(s) ?

- Négligence, oubli
- Manque de temps
- Pudeur
- Je trouve cet examen inutile
- C'est douloureux, désagréable
- Je n'ai pas de symptôme
- Je crains une mauvaise nouvelle

Vous avez moins de 50 ans, avez-vous déjà réalisé une mammographie ?

- Oui
- Non

Prescrite par ?

- moi-même
- un gynécologue
- un médecin généraliste
- Autre : _____

Pour quelle(s) raison(s) ?

- des symptômes mammaires (douleur, nodule, ...)
- des antécédents familiaux de cancer du sein
- je pense que le dépistage du cancer du sein devrait commencer avant l'âge de 50 ans
- Autre : _____

A quel âge avez-vous fait votre première mammographie ? __ ans

Vous avez 50ans et plus, participez-vous au dépistage organisé (DO) du cancer du sein ?

- Oui
- Non

De quand date votre dernière mammographie ?

- 2 ans ou moins
- Plus de 2 ans
- Jamais

Si votre dernière mammographie date de plus de 2 ans ou que vous n'en avez-jamais réalisée, pour quelle(s) raison(s) ?

- Négligence, oubli
- Manque de temps
- Pudeur
- Pénurie de médecin (dont radiologue)
- Je n'ai pas de symptôme
- C'est un examen douloureux, désagréable
- Je crains une mauvaise nouvelle
- Je trouve cet examen inutile
- Je pense que cet examen a un mauvais rapport bénéfice/risque
- Autre : _____

A quel âge avez-vous fait votre première mammographie ? __ ans

Réalisez-vous des mammographies en dehors du DO ?

- Oui
- Non

Si oui, prescrite par ?

- moi-même
- un gynécologue
- un médecin généraliste
- Autre

Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

- des symptômes mammaires (douleur, nodule, ...)
- des antécédents familiaux de cancer du sein

- je préfère une organisation individuelle du dépistage
- Autre : _____

4- Votre santé : concernant le cancer du col de l'utérus

Avez-vous un antécédent personnel de pathologie cancéreuse ou pré-cancéreuse du col de l'utérus ?

- Oui
- Non

A quand remonte votre dernier frottis cervico-utérin (FCU) ?

- 3 ans ou moins
- plus de 3 ans
- jamais

S'il remonte à plus de 3 ans ou que vous n'en avez jamais réalisé, pour quelle(s) raison(s) ?

- Négligence, oubli
- Manque de temps
- Pénurie de médecin
- Pudeur
- Je n'ai pas de symptôme
- C'est un examen douloureux, désagréable
- Je crains une mauvaise nouvelle
- Je trouve cet examen inutile
- Antécédent d'hystérectomie
- Autre : _____

A quel âge avez-vous fait votre 1er FCU ? __ ans

5- Votre pratique :

Pratiquez-vous des actes de gynécologie (examen gynécologique, FCU, pose de stérilet, ...) ?

- Oui
- Non

Si Oui,

Avez-vous suivi une formation sur le dépistage du cancer du sein ?

- Oui
- Non

Réalisez-vous une palpation mammaire annuelle chez vos patientes ?

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Jamais

Prescrivez-vous des mammographies en dehors du dépistage organisé ?

- Oui
- Non

Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

- en cas de symptômes mammaires (douleur, nodule, ...)
- dans le cadre d'un dépistage individuel sur demande de la patiente
- car je pense que les mammographies de dépistage devraient débuter avant 50 ans

Avez-vous suivi une formation sur le dépistage du cancer du col de l'utérus ?

- Oui
- Non

Réalisez-vous des frottis cervico-utérins chez vos patientes ?

- Oui
- Non

Si oui, à quelle fréquence ?

- Tous les ans
- Tous les 2 ans
- Tous les 3 ans
- Plus

Si vous ne réalisez pas de frottis chez vos patientes, pour quelle(s) raison(s) ?

- Oubli
- Cela me gêne ou gêne les patientes
- Je préfère les adresser à un laboratoire d'analyse ou à leur gynécologue
- Cela demande un temps long de consultation
- Coût (matériel, mauvaise rémunération)
- Autre : _____

Avez-vous des remarques ou des questions ? _____

Je vous remercie infiniment pour votre temps et votre participation à mon travail de thèse.

Bien Cordialement,

POULIER Stéphanie

AUTEUR : POULIER Stéphanie

Date de soutenance : 17 Octobre 2019

Titre de la thèse : Les femmes médecins généralistes de la région Hauts-de-France et leur propre dépistage des cancers gynécologiques

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : femmes médecins généralistes, dépistage, cancer du sein, cancer du col de l'utérus

Résumé :

Contexte : Plusieurs études se sont intéressées à la place qu'accordent les médecins généralistes (MG) à leur suivi médical. Il en ressort que leur application pour eux même des mesures de prévention est globalement satisfaisante et supérieure à la population générale. Les femmes en particulier sont de bonnes élèves. Cela se vérifie-t-il pour leur suivi gynécologique ? L'objectif principal de l'étude est de déterminer le taux de participation des femmes médecins généralistes des Hauts-de-France (HdF) au dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus.

Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive transversale basée sur un questionnaire en ligne anonyme diffusé sur le site du Conseil de l'Ordre des Médecins du Nord, aux adhérentes de l'association NorAGJIR, et aux femmes médecins généralistes libérales des HdF parmi 400 femmes tirées au sort dans les pages jaunes et contactées par téléphone de Mars à Juin 2019. Le seuil de significativité a été fixé avec un risque alpha à 5%.

Résultats : 94 réponses ont été analysées. La moyenne d'âge de l'échantillon était de 42,6 ans (écart-type=11.07), l'exercice majoritairement libéral, urbain et en cabinet de groupe. Les femmes MG étaient 91% à déclarer un suivi gynécologique majoritairement par un gynécologue. 87 réalisaient une palpation mammaire, 56,32% par autopalpation. Le taux de participation des femmes de 50 ans et plus au dépistage organisé (DO) du cancer du sein était de 85,7%. Une femme sur trois effectuait des mammographies en dehors du DO. 88,3% des femmes de l'étude avaient réalisé un frottis cervico-utérin (FCU) dans les 3 ans. Trois médecins sur quatre pratiquaient des actes de gynécologie chez leurs patientes. Il n'y avait pas de lien statistique entre pratique de la gynécologie et participation au dépistage. Les femmes médecins ayant un suivi gynécologique et celles bénéficiant d'une hétéro-palpation par un professionnel de santé étaient plus susceptibles d'être à jour de leur FCU. Le manque de temps, la négligence et l'oubli étaient les principales raisons au retard de réalisation des mesures de dépistage.

Conclusion : Les femmes MG des HdF participent massivement aux dépistages des cancers gynécologiques, plus que la population générale. Il serait intéressant d'envisager des mesures permettant de lutter contre les freins limitant leur participation.

Composition du Jury :

Président : Pr JONARD Sophie

Assesseurs : Pr RICHARD Florence, Dr MARLIER Chantal

Directeur de thèse : Pr DELEPLANQUE Denis