

UNIVERSITE DE SAINT-ETIENNE
FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

ANNEE 2023 N°2023-49

**Comment les médecins généralistes libérales
de la Loire réalisent-elles leur propre
prévention des cancers gynécologiques ?**

THESE
Présentée
à l'UNIVERSITE de SAINT-ETIENNE
et soutenue publiquement le : 12 octobre 2023

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
PAR :

EMILIE CROZIER

Née le 3 novembre 1996
A Saint-Etienne

UNIVERSITE DE SAINT-ETIENNE
FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

THESE DE : Emilie CROZIER

COMPOSITION DU JURY

Président :	Pr Paul FRAPPE	Faculté de Saint-Etienne
Assesseurs :	Dr Marianne PERROT	Faculté de Saint-Etienne
	Dr Benoit PELLETIER	Faculté de Saint-Etienne
Invitée :	Dr Chloé MANISSOLLE	Faculté de Saint-Etienne

FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

LISTE DES DIRECTEURS DE THESE

Nom	Prénom	Spécialité	Grade
GAVID	Marie	Anatomie	MCUPH
PRADES	Jean-Michel	Anatomie	PUPH
FOREST	Fabien	Anatomie et Cytologie Pathologique	MCUPH
GUYOTAT	Lydia	Anatomie et Cytologie Pathologiques	PUPH
PEOC'H	Michel	Anatomie et Cytologie Pathologiques-	PUPH
AUBOYER	Christian	Anesthésie Réanimation	Pr EMERITE
MOLLIEUX	Serge	Anesthésie Réanimation	PUPH
MOREL	Jérôme	Anesthésie Réanimation	PUPH
BERTHELOT	Philippe	Bactériologie Virologie	PUPH
BOURLET	Thomas	Bactériologie Virologie	PUPH
POZZETTO	Bruno	Bactériologie Virologie	PUPH
GRATTARD	Florence	Bactériologie, Virologie, Hygiène Hospitalière	MCUPH
PILLET	Sylvie	Bactériologie, Virologie, Hygiène Hospitalière	MCUPH
VERHOEVEN	Paul	Bactériologie, Virologie, Hygiène Hospitalière	MCUPH
BOUTAHAR	Nadia	Biochimie et Biologie Moléculaire	MCUPH
GONZALO	Philippe	Biochimie et Biologie Moléculaire	PUPH
THOLANCE	Yannick	Biochimie et Biologie Moléculaire	MCUPH
LAFAGE PROUST	Marie-Hélène	Biologie cellulaire	PUPH
PREVOT	Nathalie	Biophysique et biologie moléculaire	MCUPH
BILLOTEY	Claire	Biophysique et médecine nucléaire	PUPH
TROMBERT-PAVIOT	Béatrice	Biostatistiques informatique médicale et technologies de communication	PUPH
OLLIER	Edouard	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication	MCUPH
DA COSTA	Antoine	Cardiologie	PUPH
ISAAZ	Karl	Cardiologie	PUPH
LE ROY	Bertrand	Chirurgie digestive	PUPH
DOHIN	Bruno	Chirurgie Infantile	PUPH
VARLET	François	Chirurgie Infantile	PUPH
FARIZON	Frédéric	Chirurgie orthopédique et traumatologie	PUPH
PHILIPPOT	Rémi	Chirurgie orthopédique et traumatologie	PUPH
AZARNOUSH	Kasra	Chirurgie thoracique et vasculaire	PUPH
FUZELLIER	Jean-François	Chirurgie thoracique et vasculaire	PUPH
TIFFET	Olivier	Chirurgie thoracique et vasculaire	PUPH
ALBERTINI	Jean-Noël	Chirurgie vasculaire	PUPH
FAVRE	Jean-Pierre	Chirurgie vasculaire médecine vasculaire	PUPH
LE HELLO	Claire	Chirurgie vasculaire médecine vasculaire	PUPH
CAMBAZARD	Frédéric	Dermatologie, vénéréologie	Pr EMERITE
PERROT	Jean-Luc	Dermatologie, vénéréologie	PUPH
GERMAIN ZITO	Natacha	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques, gynécologie médicale	PUPH
CHAUVIN	Franck	Epidémiologie, économie de la santé et prévention	PUPH
PHELIP	Jean-Marc	Gastroentérologie hépatologie, addictologie	PUPH
ROBLIN	Xavier	Gastroentérologie hépatologie, addictologie	PUPH
CHAULEUR	Céline	Gynécologie Obstétrique	PUPH
BARJAT	Tiphaine	Gynécologie obstétrique, gynécologie médicale	MCUPH
SEFFERT	Pierre	Gynécologie obstétrique, gynécologie médicale	Pr EMERITE
GUYOTAT	Denis	Hématotransfusion	PUPH
BOUDARD	Delphine	Histologie Embryologie et Cytogénétique	MCUPH

KLEIN	Jean-Philippe	Histologie Embryologie et Cytogénétique	MCUPH
COTTIER JOUFRE	Michèle	Histologie, embryologie et cytogénétique	PUPH
GARRAUD	Olivier	immunologie	PUPH
PAUL	Stéphane	immunologie	PUPH
GAGNEUX	Amandine	Maladies infectieuses et Maladies tropicales	MCUPH
LUCHT	Roland	Maladies infectieuses et Maladies tropicales	PUPH
BOTELHO NEVERS	Elisabeth	Maladies infectieuses, maladies tropicales	PUPH
VIALON	Alain	Médecine d'urgence	PUPH
FONTANA	Luc	Médecine et santé au travail	PUPH
PELISSIER	Carole	Médecine et santé au travail	MCUPH
BOIS	Christophe	Médecine Générale	PAMG
FRAPPE	Paul	Médecine Générale	PUMG
GOCKO	Xavier	Médecine Générale	MCUMG
PLOTTON	Catherine	Médecine Générale	MCAMG
SAVALL	Angélique	Médecine Générale	MCUPH
CHARLES	Rodolphe	Médecine Générale	PAMG
LAVAL	Bastien	Médecine Générale	MCUMG
VALLEE	Josette	Médecine Générale	Pr EMERITE
RAGEY PERINEL	Sophie	Médecine Intensive Réanimation	MCUPH
THIERY	Guillaume	Médecine intensive réanimation	PUPH
ZENI	Fabrice	Médecine intensive réanimation	PUPH
CATHEBRAS	Pascal	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement, addictologie	PUPH
CELARIER	Thomas	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement, addictologie	PUPH
GONTHIER	Régis	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement, addictologie	Pr EMERITE
DEBOUT	Michel	Médecine légale et droit de la santé	Pr EMERITE
DUBAND	Sébastien	Médecine légale et droit de la santé	MCUPH
GIRAUX	Pascal	Médecine physique et réadaptation	PUPH
GAUTHERON	Vincent	MPR Pédiatrique	PUPH
ALAMARTINE	Eric	Néphrologie	PUPH
MARIAT	Christophe	Néphrologie	PUPH
BRUNON	Jacques	Neurochirurgie	Pr EMERITE
VASSAL	François	Neurochirurgie	PUPH
ANTOINE	Jean Christophe	Neurologie	PUPH
CAMDESSANCHE	Jean-Philippe	Neurologie	PUPH
PEYRON	Roland	Neurosciences - Médecine palliative	PUPH
GALUSCA	Bogdan	Nutrition	PUPH
GAIN	Philippe	Ophtalmologie	PUPH
THURET	Gilles	Ophtalmologie	PUPH
KARKAS	Alexandre	ORL	MCUPH
FLORI	Pierre	parasitologie et mycologie	PUPH
PATURAL	Hugues	Pédiatrie	PUPH
STEPHAN	Jean-Louis	Pédiatrie	PUPH
DECOUSUS	Hervé	Pharmacologie fondamentale, clinique, addictologie	Pr EMERITE
DELAVENNE	Xavier	pharmacologie fondamentale, clinique, addictologie	PUPH
MISMETTI	Patrick	pharmacologie fondamentale, clinique, addictologie	PUPH
LAPORTE	Silvy	Pharmacologie fondamentale et clinique, addictologie	MCUPH
BARTHELEMY	Jean Claude	Physiologie	Pr EMERITE
EDOUARD	Pascal	Physiologie	PUPH
FEASSON	Léonard	Physiologie	PUPH
GEYSSANT	André	Physiologie	Pr EMERITE
HUPIN	David	Physiologie	MCUPH

ROCHE	Frédéric	Physiologie	PUPH
FROUDARAKIS	Marios	Pneumologie	PUPH
VERGNON	Jean Michel	Pneumologie	PUPH
FAKRA	Eric	Psychiatrie	PUPH
LANG	François	Psychiatrie d'adulte	Pr EMERITE
PELLET	Jacques	Psychiatrie d'adulte	Pr EMERITE
MASSOUBRE	Catherine	Psychologie	PUPH
BOUTET	Claire	Radiologie	PUPH
CROISILLE	Pierre	Radiologie	PUPH
BARRAL	Guy	Radiologie et imagerie médicale	Pr EMERITE
SCHNEIDER	Fabien	Radiologie et imagerie médicale	MCUPH
MAGNE	Nicolas	Radiothérapie	PUPH
MAROTTE	Hubert	Rhumatologie	PUPH
THOMAS	Thierry	Rhumatologie	PUPH
BERTOLETTI	Laurent	Thérapeutique - médecine de la douleur, addictologie	PUPH
TARDY	Bernard	Thérapeutique - médecine de la douleur, addictologie	PUPH
MOTTET-AUSELO	Nicolas	Urologie	PUPH

Mise à jour le 01 septembre 2021

REMERCIEMENTS

AUX MEMBRES DU JURY

Au président du jury, Monsieur le Professeur Paul FRAPPE

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez recevoir toute ma reconnaissance et ma profonde estime.

A Madame le Docteur Marianne PERROT

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de juger ce travail et d'y apporter votre regard de spécialiste. Soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur Chloé MANISSOLLE

Merci d'avoir accepté d'intégrer ce jury, je suis heureuse que tu aies ce rôle aujourd'hui. Merci pour ton dynamisme et ta bienveillance qui m'ont permis de gagner en confiance.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Benoit PELLETIER

Tu m'as fait confiance pour te lancer dans l'encadrement de thèse et tu as rempli ce rôle à merveille. Merci infiniment pour ton accompagnement durant cette année (et plus largement durant ces 3 ans d'internat), et pour ta grande disponibilité, j'ai eu de la chance de t'avoir comme directeur de thèse.

A Madame le Docteur Béatrice TROMBERT-PAVIOT

Je vous remercie pour l'aide précieuse que vous m'avez apportée lors des analyses statistiques de cette thèse. Votre regard sur mon travail a été très enrichissant.

A l'URPS Auvergne Rhône-Alpes et au CDOM de la Loire qui ont accepté de diffuser mon étude auprès de la population cible.

A toutes les femmes médecins généralistes de la Loire qui ont participé à cette étude, mon travail n'aurait pas été possible sans vous.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

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

Table des matières

Résumé.....	10
Abstract	11
Lexique.....	12
Introduction	13
Matériels et méthodes.....	14
Résultats	16
Les caractéristiques des participantes	16
Le suivi gynécologique adéquat	18
Discussion	19
Choix de la méthode	19
Profil des participantes.....	20
L'absence d'un médecin traitant.....	20
Participation des femmes médecins aux programmes de dépistages organisés.....	20
L'influence du choix du praticien.....	21
La surmédicalisation et le retard de dépistage	21
Conclusion.....	22
Bibliographie.....	24
Annexe 1 : Questionnaire.....	27

Résumé

Contexte : Le dépistage des cancers gynécologiques contribue à la prévention et à la bonne santé des médecins qui constitue un enjeu de santé publique.

Objectif : Explorer le suivi gynécologique des femmes médecins généralistes ligériennes et mesurer l'adéquation de leur suivi avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé en matière de dépistage des cancers gynécologiques.

Méthodes : Une étude observationnelle, descriptive et transversale a été menée par un questionnaire informatisé anonyme, diffusé entre le 26 janvier 2023 et le 07 avril 2023 auprès des femmes médecins généralistes libérales ligériennes.

Résultats : L'échantillon de 138 questionnaires représentait 42% de la population cible. Un médecin traitant extérieur était déclaré chez 39% des participantes. La participation au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus s'élevait à 86,2%, et celle du cancer du sein à 70%. 62 % des participantes avaient un suivi gynécologique conforme aux recommandations de la Haute Autorité de Santé, avec une meilleure adéquation lors du suivi par un(e) médecin généraliste (94,1%) que lors du suivi par un(e) gynécologue (58,9%) ou un(e) sage-femme (57,1%). On observait un sur-dépistage chez 17,4% des participantes et un retard de dépistage chez 16,6% des participantes.

Conclusion : La participation des femmes médecins généralistes ligériennes aux programmes de dépistage des cancers gynécologiques est supérieure à la population générale. Le choix du praticien effectuant le suivi gynécologique influe sur l'adéquation aux recommandations actuelles de la Haute Autorité de Santé. Il existe une proportion presque similaire de participantes sur-dépistées et en retard de dépistage.

Abstract

Context : Gynecological cancers screening contributes to prevention and good health of doctors, which is a public health concern.

Objective : Document and assess the compliance of the gynecological care and regular monitoring of female general practitioners (GP) in the Loire department with the Haute Autorité de Santé (HAS) recommendations regarding gynecological cancer screening.

Methods : An observational, descriptive and transversal study was carried out through an anonymous digital questionnaire, distributed between January 26, 2023 and April 07, 2023 to female general practitioners in the Loire department.

Results : The sample of 138 questionnaires represented 42% of the target population. An external primary care physician was declared by 39% of participants. Participation in organized screening for uterus cancer was 86.2% and 70% for breast cancer. 62% of participants were following the cancer screening guidelines of the Haute Autorité de Santé, with better participation when followed up by a general practitioner (94.1%) than when followed up by a gynecologist (58.9%) or midwife (57.1%). Over-screening was observed in 17.4% of participants, and delayed screening in 16.6%.

Conclusion : Female general practitioners participation in the Loire department regarding gynecological cancer screening programs is higher than the general population. The choice of a general practitioner for gynecological follow-up has an influence on the compliance of their care with the current recommendations of the Haute Autorité de Santé. There is an almost similar proportion of over-screened and under-screened participants.

Lexique

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

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Human Papillomavirus

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

Introduction

Au 1^{er} janvier 2022, l'Ordre National des Médecins comptait 84 133 médecins généralistes en activité régulière dont 52,5% de femmes, confirmant une féminisation de la profession (1). Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), l'activité libérale prédominait avec 57 033 médecins généralistes en activité libérale exclusive et 8 437 en activité mixte (2).

La santé des médecins, notamment des généralistes, est un véritable enjeu de santé publique, et ce depuis de nombreuses années. En 2008, l'Ordre National des Médecins publiait un premier rapport intitulé « Le Médecin Malade » mettant en évidence des difficultés dans la prise en charge des médecins présentant une pathologie, et un usage important de l'automédication (3). En 2018, un nouveau rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) réaffirmait les difficultés majeures du soin des professionnels de santé. Dans cette enquête incluant 25 646 médecins dont 62% de médecins généralistes, un quart des répondants déclarait être en mauvaise ou moyenne santé et 27% seulement disaient avoir un médecin traitant référent (4). Face à de telles constatations, plusieurs initiatives ont été prises, à l'image de la campagne « Dis Doc, t'as ton doc ? », dans le but de sensibiliser les professionnels de santé à la réduction de l'autodiagnostic et l'automédication (5).

De nombreux travaux institutionnels et de thèse en médecine ont mis en évidence des lacunes majeures dans le suivi médical global des médecins toutes spécialités confondues, en particulier en ce qui concerne le choix d'un médecin traitant, la santé mentale, ou encore la prise en charge de pathologies graves (6–7). En revanche, on manque de données concernant le suivi gynécologique des femmes médecins. Une seule thèse publiée en 2012 s'est intéressée au suivi gynécologique des femmes médecins généralistes en Loire-Atlantique (8).

En 2023, en France, le cancer du sein reste le cancer le plus fréquent chez la femme avec 61 214 nouveaux cas par an, occasionnant 12 100 décès (9). La détection précoce d'un cancer du sein est l'objectif du programme de dépistage organisé mis en place dans notre pays depuis 2004. Celui-ci concerne toutes les femmes de 50 à 74 ans à risque moyen (c'est-à-dire sans symptôme ni facteur de risque particulier), qui sont invitées à réaliser tous les deux ans un examen clinique mammaire, ainsi qu'une mammographie par un radiologue agréé (en double lecture), avec une prise en charge à 100% par l'assurance maladie. Le taux de participation en 2021 était de 50,6%. L'objectif européen de participation est de 70% (10).

Le cancer du col de l'utérus représente en 2023, 3159 nouveaux cas et 1100 décès en France. L'Institut National du Cancer précise que 90% des cancers du col de l'utérus pourraient être évités grâce au dépistage des lésions précancéreuses (11). La prévention de ce cancer passe par deux moyens complémentaires. Depuis mai 2018, un programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus a été mis en place en France pour les femmes de 25 à 65 ans. Les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2019 sont les suivantes :

- Entre 25 ans et 30 ans, la réalisation de deux examens cytologiques à un an d'intervalle, puis 3 ans après si le résultat des deux premiers est normal
- A partir de 30 ans, la réalisation d'un test de détection du papillomavirus (HPV) à débiter 3 ans après le dernier examen cytologique dont le résultat était normal, puis à renouveler tous les 5 ans (11).

Sur la période 2018-2020, Santé Publique France estimait que la couverture nationale du dépistage était de 59%, avec un objectif européen à 70% (12).

En prévention primaire, il existe en France depuis 2007 un vaccin commercialisé contre le HPV, virus responsable selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 95% des cancers du col de l'utérus. Depuis 2013, la vaccination est recommandée aux jeunes filles de 11 à 14 ans, et dans le cadre du rattrapage vaccinal jusqu'à 19 ans révolus. En janvier 2021 en France, les recommandations se sont étendues à tous les garçons selon les mêmes modalités. Le taux de vaccination en France en 2021 était de 43,6% (13). Devant cette couverture vaccinale insuffisante, le gouvernement français a annoncé en mars 2023 la mise en place d'une campagne de vaccination à partir de la rentrée scolaire de septembre 2023 pour tous les collégiens dès la 5^{ème}, permettant à ces élèves de se faire vacciner gratuitement. Cette vaccination reste non obligatoire (14).

Les femmes médecins généralistes sont pour la plupart impliquées dans le suivi gynécologique de leurs patientes, et ont une mission de prévention majeure auprès d'elles. Mais qu'en est-il de leur suivi personnel ? Comment réalisent-elles leur propre prévention des cancers gynécologiques ?

L'objectif de cette étude était d'explorer le suivi gynécologique des femmes médecins généralistes ligériennes et de mesurer l'adéquation de leur suivi avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé en matière de dépistage des cancers gynécologiques.

Matériels et méthodes

Une étude quantitative, descriptive et transversale a été menée par un questionnaire en ligne diffusé entre le 26 janvier 2023 et le 07 avril 2023. L'étude était destinée aux médecins généralistes libéraux de sexe féminin installés dans le département de la Loire.

Après accord du comité d'éthique du centre hospitalier universitaire de Saint-Etienne le 13 décembre 2022, l'étude a été diffusée par courrier électronique via deux instances officielles. Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Loire (CDOM) a initialement diffusé l'étude à 327 médecins, puis l'Union Régionale des Professionnels de Santé Auvergne - Rhône-Alpes (URPS) a effectué deux relances auprès de 217 médecins dont ils disposaient de leur adresse électronique.

Le questionnaire, anonyme, élaboré sur la plateforme Google Form®, était constitué de 14 questions à choix simple et d'une question ouverte à réponse courte, de manière à obtenir des réponses claires et facilement exploitables (annexe 1). Le temps de réponse était estimé à 3 minutes par 3 participantes incluses dans l'étude. Les 9 premières questions visaient à caractériser le profil des répondantes (âge, situation personnelle, nombre d'enfants, type de structure d'exercice, heures de travail, antécédent personnel de pathologie gynécologique et description si présent, antécédent familial de cancer du sein, exercice professionnel de la gynécologie). Les 3 questions suivantes permettaient le recueil d'informations concernant leur suivi médical (2 questions concernant le médecin traitant déclaré, une question sur le praticien effectuant leur suivi gynécologique personnel). Enfin, 3 questions évaluaient leur fréquence de dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus.

Les intervalles de temps de travail ont été choisis en référence à la réglementation française du temps de travail d'un salarié à temps plein. La durée légale du temps de travail pour un salarié à temps complet est de 35 heures par semaine, et la durée maximale de 48 heures par semaine (15).

Pour procéder à l'analyse des données, celles-ci ont été recueillies sur la plateforme Google Sheet®, puis intégrées dans le logiciel statistique SAS version 9.4®. Au vu de la distribution des données et des effectifs, les analyses ont été réalisées par Test exact de Fisher. Le seuil de significativité était $p < 0,05$. Les valeurs $p \geq 0,1$ ont été remplacées dans les tableaux par la mention « NS » pour « non-significatif ».

La variable « âge » a été corrélée à chacune des autres variables. Les tranches d'âge « 25-29 ans » et « plus de 65 ans » comportant des effectifs trop faibles pour être statistiquement interprétables, deux catégories d'âge ont été retenues pour l'analyse, à savoir « moins de 50 ans » et « plus de 50 ans ».

Une variable composite a ensuite été créée, nommée « suivi gynécologique adéquat », correspondant au suivi gynécologique conforme aux recommandations de la HAS.

Ainsi, on a considéré comme ayant un suivi gynécologique adéquat :

- Les femmes de plus de 50 ans étant à jour de leur frottis et réalisant un dépistage du cancer du sein par mammographie tous les deux ans
- Les femmes de moins de 50 ans ayant un antécédent familial au premier degré de cancer du sein, à jour de leur frottis et réalisant une mammographie tous les deux ans ou plus d'une fois tous les deux ans
- Les femmes de moins de 50 ans sans antécédent familial de cancer du sein au premier degré, à jour de leur frottis et ne réalisant pas de mammographie.

Une déclaration préalable auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) avait été établie par l'intermédiaire de l'Université Jean Monnet.

Résultats

Les caractéristiques des participantes

L'analyse portait sur 138 réponses, soit un taux de réponse de 42%.

Les caractéristiques des répondantes sont représentées dans le tableau I, et leur suivi dans le tableau II.

Tableau I : Caractéristiques des participantes

Caractéristiques	n	(%)	< 50 ans (%)	> 50 ans (%)	p	
Effectifs de l'échantillon	138		99	39		
Age	25-29 ans	2	(1,4)			
	30-49 ans	97	(70,3)			
	50-65 ans	37	(26,8)			
	Plus de 65 ans	2	(1,4)			
Situation personnelle	Célibataire	15	(10,9)			
	En concubinage	36	(26,1)			
	Mariée	87	(63,0)			
	Veuve	0	(0,0)			
Nombre d'enfants	0	16	(11,6)			
	1	8	(5,8)			
	2	73	(52,9)			
	3	27	(19,6)			
	4	10	(7,2)			
	Plus de 4	4	(2,9)			
Type de structure de travail	Seule en cabinet	22	(15,9)	7 (7,1)	15 (38,5)	< 0,01
	Cabinet de médecins généralistes	89	(64,5)	69 (69,7)	20 (51,3)	< 0,01
	Maison de santé pluriprofessionnelle	27	(19,6)	23 (23,2)	4 (10,3)	< 0,01
Heures de travail par semaine	Moins de 35 heures	15	(10,9)	13 (13,1)	2 (5,1)	0,08
	Entre 35 heures et 48 heures	93	(67,4)	69 (69,7)	24 (61,5)	0,08
	Plus de 48 heures	30	(21,7)	17 (17,2)	13 (33,3)	0,08
ATCD de pathologie gynécologique*	Oui	28	(20,3)	18 (18,2)	10 (25,6)	NS
	Non	110	(79,7)	81 (81,8)	29 (74,4)	NS
ATCD familial de cancer du sein**	Oui	27	(19,6)			
	Non	111	(80,4)			
Pratique du suivi gynécologique	Oui	127	(92,0)			NS
	Non	11	(8,0)			NS

*ATCD = antécédent

** au premier degré

L'échantillon était représenté principalement par des femmes d'âge compris entre 30 et 49 ans (70,3%).

La quasi-totalité des participantes pratiquaient régulièrement le suivi gynécologique auprès de leurs patientes (92%).

Un antécédent personnel gynécologique était présent chez 28 femmes, dont 2 femmes ayant un double antécédent. Parmi elles, on dénombrait 18 antécédents utérins (infections à papillomavirus, conisations, fibromes, hystérectomies), 2 antécédents obstétricaux (une fausse couche spontanée, une grossesse extra-utérine), 3 antécédents de kystes ovariens, et 7 antécédents gynécologiques autres (un syndrome des ovaires polykystiques, un fibroadénome, une endométriose, une mycose résistante, deux condylomes, un kyste vaginal).

Tableau II : Suivi des répondantes

Caractéristiques		n (%)	< 50 ans (%)	> 50 ans (%)	p
Médecin traitant déclaré	Oui	74 (53,6)	54 (54,6)	20 (51,3)	NS
	Non	64 (46,4)	45 (45,5)	19 (48,7)	NS
Praticien réalisant leur suivi gynécologique	Gynécologue	90 (65,2)	61 (61,6)	29 (74,4)	<0,01
	Médecin généraliste	17 (12,3)	17 (17,2)	0 (0,0)	<0,01
	Sage-femme	21 (15,2)	19 (19,2)	2 (5,1)	<0,01
	Personne	10 (7,2)	2 (2,0)	8 (20,5)	<0,01
Dépistage du cancer du col de l'utérus	A jour	119 (86,2)	89 (89,9)	30 (76,9)	NS
	En avance	5 (3,6)	3 (3,0)	2 (5,1)	NS
	En retard	14 (10,1)	7 (7,1)	7 (17,9)	NS
Dépistage du cancer du sein	Oui	67 (48,6)	31	36	
	Non	71 (51,4)	68	3	

Un médecin traitant était déclaré pour 74 femmes (53,6%), et 39% des participantes avaient un médecin traitant autre qu'elle-même.

Concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, 119 femmes (86,2%) étaient à jour de leur frottis, 5 étaient en avance (3,6%) et 14 (10,1%) étaient en retard.

Dans le cadre du dépistage du cancer du sein chez les femmes de plus de 50 ans, 28 réalisaient des mammographies tous les deux ans (71,8%), 7 réalisaient des mammographies moins d'une fois tous les deux ans (17,9%), 1 femme réalisait des mammographies plus rapprochées (2,6%), et enfin 3 ne participaient pas au programme de dépistage (7,7%).

Chez les femmes de moins de 50 ans, 31% réalisaient des mammographies (toutes fréquences confondues), dont 54,8% d'entre elles avaient un antécédent familial de cancer du sein au premier degré.

Il existait une corrélation entre le type de structure d'exercice et l'âge. L'exercice seule en cabinet représentait 7% des participantes de moins de 50 ans et 38,5% des plus de 50 ans. Inversement, 23% des participantes de moins de 50 ans exerçaient en maison de santé pluriprofessionnelle contre 10% des plus de 50 ans.

Une différence significative apparaissait également concernant le praticien réalisant le suivi gynécologique personnel des répondantes. Chez les femmes de moins de 50 ans, 61% étaient suivies par

un(e) gynécologue, 17% par un(e) médecin généraliste, 19% par un(e) sage-femme et 2% n'avaient aucun suivi. Chez les femmes de plus de 50 ans, la grande majorité étaient suivies par un(e) gynécologue (74,3%), aucune n'était suivie par un(e) médecin-généraliste, 5% étaient suivies par un(e) sage-femme et plus d'une femme sur cinq n'avait aucun suivi gynécologique (20,5%).

Le suivi gynécologique adéquat

Une variable composite nommée « suivi gynécologique adéquat » a ainsi été créée, correspondant au suivi conforme aux recommandations actuelles de la HAS. La prévention du cancer du sein et celle du cancer du col de l'utérus ont ensuite été étudiées séparément. L'ensemble des résultats est présenté dans le tableau III.

Tableau III : Adéquation du suivi gynécologique des participantes selon leurs caractéristiques

		Suivi gynécologique adéquat		Dépistage cancer du sein adéquat		Dépistage cancer du col adéquat	
		n (%)	p	n (%)	p	n (%)	p
Total		86 (62,3)	NS	97 (70,3)	NS	119 (86,2)	
Age	< 50 ans	62 (62,6)	NS	69 (69,7)	NS	89 (89,9)	NS
	> 50 ans	24 (61,5)	NS	28 (71,8)	NS	30 (76,9)	NS
Médecin traitant déclaré	Oui	49 (66,2)	NS	54 (73,0)	NS	66 (89,2)	0,08
	Non	37 (57,8)	NS	43 (67,2)	NS	53 (82,8)	0,08
Praticien réalisant leur suivi gynécologique	Gynécologue	53 (58,9)	0,02	63 (70,0)	0,04	76 (84,4)	0,06
	Médecin généraliste	16 (94,1)	0,02	16 (94,1)	0,04	17 (100,0)	0,06
	Sage-femme	12 (57,1)	0,02	13 (61,9)	0,04	20 (95,2)	0,06
	Personne	5 (50,0)	0,02	5 (50,0)	0,04	6 (60,0)	0,06
Type de structure de travail	Seule en cabinet	13 (59,1)	NS	16 (72,7)	NS	17 (77,3)	NS
	Cabinet de plusieurs médecins généralistes	55 (61,8)	NS	60 (67,4)	NS	78 (87,6)	NS
	Maison de santé pluriprofessionnelle	18 (66,7)	NS	21 (77,8)	NS	24 (88,9)	NS
ATCD personnel de pathologie gynécologique*	Oui	14 (50,0)	NS	14 (50,0)	0,01	27 (96,4)	NS
	Non	72 (65,5)	NS	83 (75,5)	0,01	92 (83,6)	NS
Pratique du suivi gynécologique	Oui	83 (65,4)	0,02	94 (74,0)	<0,01	110 (86,6)	NS
	Non	3 (27,3)	0,02	3 (27,3)	<0,01	9 (81,8)	NS
Nombre d'heures de travail par semaine	Moins de 35 heures	7 (46,7)	0,07	7 (46,7)	NS	14 (93,3)	0,01
	Entre 35 heures et 48 heures	64 (68,8)	0,07	68 (73,1)	NS	85 (91,4)	0,01
	Plus de 48 heures	15 (50,0)	0,07	22 (73,3)	NS	20 (66,7)	0,01

* ATCD = antécédent

62 % des participantes avaient un suivi gynécologique global conforme aux recommandations actuelles de la HAS, avec 70 % de femmes ayant un suivi mammaire adapté et 86 % à jour de leur frottis.

Une corrélation a été mise en évidence entre le suivi gynécologique adéquat et le praticien effectuant ce suivi, avec de meilleurs résultats en cas de suivi par un(e) médecin généraliste (p = 0,02). Le dépistage du cancer du sein était significativement plus conforme lorsqu'il était réalisé par un(e) médecin

généraliste avec 94,1 % de suivi adapté, contre 70 % lors du suivi par un(e) gynécologue et 61,9% par un(e) sage-femme.

Parmi les 37 femmes suivies par un(e) gynécologue et n'ayant pas un suivi adéquat, on notait un retard de dépistage chez 17 participantes (1 femme en retard des deux dépistages, 8 femmes en retard de leur frottis et 8 en retard de leur mammographie), 20 femmes étaient en avance dans leur dépistage (2 femmes en avance des deux dépistages, 1 femme de plus de 50 ans en avance de sa mammographie, 14 participantes de moins de 50 ans réalisant des mammographies en excès, 3 femmes en avance de leur frottis).

En ce qui concerne le suivi par un(e) sage-femme, parmi les 9 femmes ayant un suivi non adéquat, 1 femme était en retard de son frottis, 1 était en retard de sa mammographie, 4 participantes avaient un antécédent familial de cancer du sein mais ne réalisaient pas de mammographie, et 3 réalisaient des mammographies en excès.

Au total, un sur-dépistage était observé chez 24 participantes (17,4%) et 23 femmes étaient en retard de dépistage (16,6%).

Le suivi global et le suivi mammaire étaient significativement plus adaptés lorsque la participante effectuait dans son activité professionnelle le suivi gynécologique de ses patientes ($p = 0,02$). Aucun lien n'a été retrouvé avec les autres variables.

Il existait une corrélation entre la présence d'un antécédent personnel gynécologique et l'adéquation au dépistage du cancer du sein ($p = 0,01$).

Concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, les femmes interrogées avaient un suivi significativement plus conforme lorsque leur temps de travail était bas ($p = 0,01$). Chez les participantes travaillant plus de 48 heures par semaine, sur les 10 femmes n'ayant pas un suivi conforme, 8 d'entre elles étaient en retard sur leur frottis et 2 étaient en avance.

On notait enfin une tendance non significative à un dépistage du cancer du col de l'utérus plus adapté lorsqu'il était réalisé par un médecin généraliste.

Discussion

Cette étude a permis de faire un état des lieux de la prévention des cancers gynécologiques chez les femmes médecins généralistes à l'échelle du département de la Loire.

62 % des participantes avaient un suivi gynécologique global conforme aux recommandations de la HAS. Il existait une corrélation entre l'adéquation du suivi et le praticien effectuant le suivi gynécologique.

Choix de la méthode

La gynécologie relève de l'intime d'une femme, et son abord peut être difficile par pudeur. Cette étude a été réalisée sur un mode quantitatif, par un questionnaire anonyme, de manière que chaque femme puisse répondre librement et sincèrement aux questions posées sans peur d'un jugement.

Deux instances officielles ont diffusé le questionnaire, permettant de couvrir toute la population cible. Ce mode de diffusion entraîne un biais de sélection puisque l'étude est basée sur le volontariat. Le taux de réponse à plus de 40% est particulièrement élevé pour ce genre d'enquête, témoignant de l'intérêt que les médecins portent à la thématique de leur suivi gynécologique.

Le choix d'une étude portant sur un comportement de prévention est à risque d'un biais de mémorisation difficilement quantifiable, pouvant être dû à la difficulté de se remémorer la date exacte d'un examen de dépistage, voire à un biais de désirabilité sociale. Le caractère anonyme du questionnaire avait pour but de minimiser ce biais. Le choix de classification des âges par tranches a limité l'exploitation des données par manque d'effectif dans les deux tranches extrêmes.

Profil des participantes

Les femmes âgées de 30 à 49 ans représentaient 70% de l'échantillon de l'étude, contre une médiane d'âge de 52 ans (tous sexes confondus) et une moyenne d'âge féminine de 47 ans en 2018 dans le département de la Loire. Les différents modes d'exercice sont représentatifs de la démographie médicale départementale, avec une majorité de médecins exerçant en cabinet de groupe avec des confrères généralistes (16).

On constate une évolution des pratiques avec une diminution de l'exercice seule en cabinet chez les participantes de moins de 50 ans au profit du développement de l'exercice pluriprofessionnel, en accord avec les récentes politiques de santé (17).

Le choix du praticien effectuant le suivi gynécologique est également influencé par la démographie médicale actuelle, avec une augmentation du suivi par un(e) sage-femme ou un(e) médecin généraliste chez les femmes plus jeunes, et une diminution du suivi par un(e) gynécologue.

Entre 2007 et 2020, la France s'est vu perdre 52,5 % de ses effectifs en gynécologues médicaux, avec un total de 2795 gynécologues médicaux en activité en 2018, générant des difficultés d'accessibilité (18). L'effectif des médecins généralistes, lui aussi en baisse, est néanmoins beaucoup plus important (84 133 médecins en 2022). En parallèle, depuis 1980 on compte sur le territoire français une forte augmentation des effectifs des sages-femmes qui tend à se poursuivre, avec 23 400 sages-femmes en 2021 dont 34% exercent une activité libérale (19). La mission de suivi des femmes sans antécédent gynécologique n'a été donnée aux sages-femmes que depuis la loi HPST de 2009. On peut donc imaginer que les femmes plus âgées, qui avaient déjà débuté un suivi par un(e) gynécologue, n'ont pas changé de praticien.

D'autres études réalisées sur le sujet retrouvent une modification du choix du praticien en accord avec les évolutions de la démographie médicale (20).

L'absence d'un médecin traitant

Cette étude met en lumière un réel défaut de médecin traitant personnel dans la population médicale. Les données obtenues sont en accord avec les différentes études réalisées à ce sujet. En 2019, dans une enquête menée par l'institut français d'opinion publique (IFOP) auprès de 300 médecins libéraux, 75% d'entre eux étaient leur propre médecin traitant (21). En parallèle, un médecin libéral sur deux estimait que les médecins étaient de manière générale moins bien soignés que leurs patients. La campagne "Dis Doc, t'as ton doc?" qui a vu le jour suite à des constatations similaires en 2017, a un objectif de 100% de suivi médical en 2027, objectif loin d'être atteint à ce jour (5).

Participation des femmes médecins aux programmes de dépistage organisé

Le taux de participation aux dépistages dans cette étude est largement supérieur à celui de la population générale ; 86,2% des participantes étaient à jour de leur frottis contre 59% des femmes en population générale entre 2018 et 2020, et 71,8 % des femmes de plus de 50 ans étaient à jour de leur mammographie contre 47,7% des femmes entre 2021 et 2022 (12,22). Ceci pourrait entre autres

s'expliquer par le biais lié au fait que ce sont les femmes les plus intéressées, et peut-être les mieux suivies, qui ont répondu.

La quasi-totalité des répondantes étaient impliquées dans le suivi gynécologique de leurs patientes, ce qui était corrélé à un dépistage personnel global et mammaire plus adéquat. Les participantes sont bien informées des enjeux de ces programmes de dépistage et donc potentiellement davantage impliquées dans leur réalisation.

La population cible est également une population à haut niveau d'études. Or, le haut niveau socio-éducatif favorise l'adhésion aux programmes de dépistage, comme l'a montré l'étude réalisée sur 102 000 femmes en 2020 dans laquelle le facteur socio-économique bas ressortait comme le déterminant majeur du retard de réalisation des trois programmes de dépistage organisé (23).

L'influence du choix du praticien

Le choix du praticien semble dans cette étude avoir un lien avec l'adéquation du suivi gynécologique global et mammaire.

Le sur-dépistage est majoritairement observé lors du suivi par un(e) gynécologue. L'origine de cette surmédicalisation pourrait être multifactorielle. La gynécologie ne représente qu'une minorité des motifs de consultation d'un médecin généraliste, alors qu'il s'agit du domaine spécifique d'activité d'un gynécologue. Comme l'illustre le Carré de White, les médecins généralistes en soins primaires rencontrent des situations de gravité très variables, allant du suivi de prévention à la pathologie complexe (24). Les patients orientés vers un spécialiste dans un second temps sont ceux pour qui la prise en charge s'avère plus complexe. Les gynécologues sont amenés à suivre davantage de patientes ayant des cancers gynécologiques, en particulier dans les cas les plus complexes ou les plus graves. L'expérience professionnelle du gynécologue pourrait influencer ses choix et l'amener à effectuer un suivi plus rapproché ou débutant plus tôt pour ne pas méconnaître un cancer infra-clinique (25).

L'âge des patientes pourrait également exercer une influence sur ce résultat car dans cette étude, la majorité des femmes de plus de 50 ans sont suivies par un(e) gynécologue. Il s'agit d'une population plus à risque de développer un cancer gynécologique, puisque 80% des cancers du sein se développent après 50 ans, et l'âge médian du diagnostic de cancer du col de l'utérus est de 55 ans (9).

Chez les participantes suivies par un(e) sage-femme, on note plus de retard à la réalisation de mammographies. Plusieurs facteurs pourraient entrer en jeu : toutes les participantes de cette étude suivies par un(e) sage-femme n'ont pas d'antécédent personnel gynécologique et la majorité sont des femmes jeunes. Les compétences des sages-femmes en matière de suivi gynécologique sont celles du suivi de situations non pathologiques et du dépistage de situations pathologiques (26). Le panel de patientes auxquelles elles sont confrontées sont donc, à l'inverse du gynécologue, des patientes indemnes de pathologies, ce qui pourrait influencer une réalisation moindre d'examen complémentaires.

Les formations de ces trois types de professionnels de santé sont différentes, et leur contenu pourrait également influencer leur futur exercice.

La surmédicalisation et le retard de dépistage

Cette étude met en lumière une grande hétérogénéité du suivi des recommandations dans la population médicale lorsqu'il s'agit de leur suivi personnel.

Une partie de la population médicale est sur-dépistée (17,4%). L'origine de cette surmédicalisation pourrait être liée à des facteurs individuels. L'expérience professionnelle de chaque femme médecin pourrait influencer son suivi personnel, dans un phénomène de transfert. Par exemple, dans le cas d'une découverte de cancer du sein chez une femme de son entourage ou chez une patiente du même âge qu'elle, une femme médecin pourrait facilement s'identifier et ainsi avoir tendance à elle-même effectuer un contrôle pour se rassurer. L'accès à l'auto-prescription faciliterait la réalisation d'examens complémentaires en excès. Le haut niveau socio-économique est également en lien avec la surutilisation des examens complémentaires (27).

Bien qu'étant largement informée des recommandations et des enjeux des programmes de dépistage des cancers gynécologiques, une participante sur six dans cette étude est en retard de son dépistage. Cette étude étant quantitative, nous n'avons pu identifier les freins de ces femmes aux différents programmes de dépistage. Plusieurs hypothèses peuvent être émises en lien avec d'autres études réalisées sur le sujet. La spécificité majeure de la population médicale réside dans la connaissance du sujet. Les femmes médecins ont plus facilement accès à des informations objectives et fiables concernant la balance bénéfice-risque des examens via les revues médicales et les études scientifiques récentes.

Le dépistage organisé du cancer du sein tel qu'il est aujourd'hui est remis en cause depuis de nombreuses années. Une méta-analyse publiée en 2014 dans la revue *Exercer* incluait sept essais randomisés dont les trois plus fiables n'avaient pas retrouvé de réduction de la mortalité par cancer du sein avec le dépistage organisé (28). Une autre étude qualitative par focus group s'était intéressée à la représentation du surdiagnostic dans le dépistage du cancer du sein chez les médecins généralistes. Le concept de surdiagnostic demeurait mal maîtrisé par les médecins, certains préféraient délivrer une information complète et d'autres pensaient qu'évoquer le surdiagnostic serait source de confusion pour les patientes. Le manque de données probantes concernant le surdiagnostic reste un enjeu important pour la recherche scientifique (29).

D'autres freins sont régulièrement évoqués dans les études sur les dépistages, comme la peur du résultat, la peur de la maladie ou encore le manque de temps. Ces freins sont applicables à la population médicale, d'autant plus qu'il s'agit d'une population connaissant les conséquences d'une découverte de cancer, et dont le passage de la position de soignant à celle de patient demeure difficile à vivre (30).

Conclusion

La participation des femmes médecins généralistes ligériennes aux programmes de dépistage des cancers gynécologiques est plus importante que dans la population générale.

Le choix du praticien effectuant le suivi gynécologique influe sur l'adéquation aux recommandations actuelles de la Haute Autorité de Santé. Le suivi gynécologique des femmes médecins est hétérogène, avec une proportion presque similaire de participantes sur-dépistées et en retard de dépistage.

Il serait intéressant d'explorer les obstacles au choix d'un médecin traitant, les motivations et les freins à la participation aux programmes de dépistage, ou encore les critères de choix du praticien effectuant leur suivi gynécologique dans la population médicale.

UNIVERSITE DE SAINT-ETIENNE JEAN MONNET
FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

CONCLUSIONS

La participation des femmes médecins généralistes ligériennes aux programmes de dépistage des cancers gynécologiques est plus importante que dans la population générale. Le choix du praticien effectuant le suivi gynécologique influe sur l'adéquation aux recommandations actuelles de la Haute Autorité de Santé. Le suivi gynécologique des femmes médecins est hétérogène, avec une proportion presque similaire de participantes sur-dépistées et en retard de dépistage.

Il serait intéressant d'explorer les obstacles au choix d'un médecin traitant, les motivations et les freins à la participation aux programmes de dépistage, ou encore les critères de choix du praticien effectuant leur suivi gynécologique dans la population médicale.

VU ET
PERMIS D'IMPRIMER

Saint-Etienne, le 03/10/2023

Le Doyen
de la Faculté,


Ph. BERTHELOT

Le Président
de Thèse,


P. FRAPPE
Le Directeur de la Thèse

Le Président
de l'Université,


F. PIGEON


Bibliographie

1. Arnault F. Atlas de la démographie médicale en France. Conseil National de l'Ordre des Médecins ; 2022. 141p. Disponible : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf
2. DREES. Démographie des professionnels de santé. [En ligne]. 2022 [cité le 15 novembre 2022]. Disponible : <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
3. Leriche B. Le Médecin Malade. Conseil National de l'Ordre des Médecins ; 2008. 81p. Disponible : <https://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2008/10/lemedecinmalade.pdf>
4. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La santé des médecins : un enjeu majeur de santé publique. Conseil National de l'Ordre des Médecins ; 2018. 140p.
5. CFAR. Dis Doc, t'as ton doc ? Une campagne nationale pour changer le modèle culturel des médecins. [En ligne]. 2017 [cité le 18 novembre 2022]. Disponible sur: https://cfar.org/wpcontent/uploads/2017/03/DP_DISDOCTASTONDOC
6. Mourgues JM, Le Breton-Lerouillois G. La santé des étudiants et jeunes médecins. CNOM, commission jeunes médecins - section santé publique et démographie médicale ; 2016. 99p.
7. Lionnet M. Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé : enquête sur 205 médecins généralistes libéraux dans le Var en 2017. [Thèse d'exercice]. Université Aix-Marseille ; 2018.
8. Trochu-Cansot I. Le suivi gynéco-obstétrique des femmes médecins généralistes. Étude qualitative auprès de 20 femmes médecins généralistes de Loire-Atlantique. [Thèse d'exercice]. Nantes ; 2012.
9. Institut National du Cancer. Panorama des cancers en France. Institut National du Cancer ; 2023. 21p.
10. Institut National du Cancer. Le programme de dépistage organisé du cancer du sein. [En ligne]. 2022 [cité le 18 novembre]. Disponible : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>
11. HAS. Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67. [En ligne]. 2019 [cité le 18 novembre 2022]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2806160/fr/evaluation-de-la-recherche-des-papillomavirus-humains-hpv-en-depistage-primaire-des-lesions-precancereuses-et-cancereuses-du-col-de-l-uterus-et-de-la-place-du-double-immuno-marquage-p16/ki67
12. Santé Publique France. Cancer du col de l'utérus : la couverture du dépistage et de la vaccination doivent progresser pour une meilleure prévention. [En ligne]. 2022 [cité le 20 novembre 2022]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/cancer-du-col-de-l-uterus-la-couverture-du-depistage-et-de-la-vaccination-doivent-progresser-pour-une-meilleure-prevention#:~:text=L'int%C3%A9gration%20du%20test%20HPV,6%20premiers%20mois%20de%202021.>
13. Santé Publique France. Couverture vaccinale contre les infections à papillomavirus humain des filles âgées de 15 à 18 ans et déterminants de vaccination, France. [En ligne]. 2022 [cité le 20 novembre 2022]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et->

27. Sharma R, et Al. Factors Influencing Overuse of Breast Cancer Screening: A Systematic Review. *Journal of women's health*. 2018 ; 27 (9) : 1142-1151.
28. Gelly J, Darmon D, Vaillant-Roussel H, Cadwallader JS. Faut-il revoir les recommandations concernant le dépistage organisé du cancer du sein par mammographie ? *Exercer*. 2014 ; 25 (112) 92-93.
29. Barais M, Dorval C, Le Floch B, Nabbé P, Derriennic J. La représentation du surdiagnostic dans le dépistage du cancer du sein chez les médecins généralistes. *Exercer*. 2018 ; (139) 18-19.
30. Bonneaudeau S. Le médecin/malade : un patient comme les autres ? [Thèse d'exercice]. Université Paris-Diderot - Paris 7 ; 2011.

Annexe 1 : Questionnaire

Bonjour,

Je m'appelle Emilie Crozier, je suis interne en Médecine Générale à la faculté de Saint-Etienne.

Je vous sollicite aujourd'hui dans le cadre de ma thèse s'intitulant :

“Comment les médecins généralistes libérales de la Loire réalisent-elles leur propre prévention des cancers gynécologiques ?”.

Cette thèse est dirigée par Dr PELLETIER Benoit.

L'objectif principal de cette étude est de faire un état des lieux de la prévention personnelle des cancers gynécologiques chez les femmes médecins généralistes exerçant dans le département de la Loire. Prenez-vous soin de vous autant que de vos patientes ?

L'objectif secondaire est de comparer les résultats obtenus à ceux de la population générale afin d'identifier de potentielles spécificités dans la population médicale.

Cette étude est basée sur votre participation à un court questionnaire en ligne d'une durée d'environ 3 minutes, dont les données sont anonymes.

Voici le lien pour remplir le questionnaire : https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc7_68t6mZS-AbHS5PLp8PABY2EuMSIHEqDAE0__MPBf7QnTw/viewform?usp=pp_url

Cette étude a reçu l'avis favorable du Comité Ethique de Saint-Etienne le 13/12/2022.

Je me tiens à votre disposition pour toute information complémentaire à l'adresse suivante: emilie.crozier@etu.univ-st-etienne.fr.

Je vous remercie par avance pour votre participation et votre aide précieuse dans ce projet.

Emilie CROZIER

Comment les médecins généralistes libérales de la Loire réalisent-elles leur propre prévention des cancers gynécologiques ?

Quel âge avez-vous ? *

- 25 - 29 ans
- 30 - 49 ans
- 50 - 65 ans
- Plus de 65 ans

Quelle est votre situation personnelle ? *

- Célibataire
- En concubinage
- Mariée
- Veuve

Combien d'enfants avez-vous ? *

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- Plus de 4

Dans quel type de structure travaillez-vous ? *

- Seule en cabinet
- Dans un cabinet regroupant plusieurs médecins généralistes
- Dans une maison de santé pluriprofessionnelle

En moyenne, combien d'heures par semaine consacrez-vous à votre activité professionnelle ? *

- Moins de 35 heures
- Entre 35 et 48 heures
- Plus de 48 heures

Avez-vous un antécédent de pathologie gynécologique ? *

- Oui
- Non

Si oui, lequel? *

Votre réponse

Avez-vous un antécédent familial de cancer du sein (au premier degré)? *

- Oui
- Non

Dans votre activité professionnelle, pratiquez-vous régulièrement le suivi gynécologique auprès de vos patientes ? *

- Oui
- Non

Avez-vous un médecin traitant ? *

- Oui
- Non

Si oui, est-ce vous-même ? *

- Oui
- Non

Qui réalise votre suivi gynécologique ? *

- Un(e) gynécologue
- Un(e) médecin généraliste
- Un(e) sage-femme
- Personne

Par rapport aux recommandations ci-dessous concernant le dépistage du cancer *
du col de l'utérus, êtes-vous ?

- De 25 à 29 ans : réalisation de deux examens cytologiques à un an d'intervalle, suivis d'un nouveau dépistage 3 ans plus tard si le résultat des deux premiers est normal.

- De 30 à 65 ans : réalisation d'un test HPV tous les 5 ans, à débiter 3 ans après le dernier examen cytologique dont le résultat était normal.

- A jour
- En avance
- En retard



Réalisez-vous des mammographies dans le cadre du dépistage du cancer du sein *
?

- Oui
- Non

Si oui, à quelle fréquence ? *

- Plus d'une fois tous les deux ans
- Tous les deux ans
- Moins d'une fois tous les deux ans

THESE DE MEDECINE - SAINT-ETIENNE

NOM DE L'AUTEUR : Emilie CROZIER		N° DE THESE : 2023-49
TITRE DE LA THESE : Comment les médecins généralistes libérales de la Loire réalisent-elles leur propre prévention des cancers gynécologiques ?		
RESUME :		
<p><u>Contexte</u> : Le dépistage des cancers gynécologiques contribue à la prévention et à la bonne santé des médecins qui constitue un enjeu de santé publique.</p> <p><u>Objectif</u> : Explorer le suivi gynécologique des femmes médecins généralistes ligériennes et mesurer l'adéquation de leur suivi avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé en matière de dépistage des cancers gynécologiques.</p> <p><u>Méthode</u> : Une étude observationnelle, descriptive, transversale a été menée par un questionnaire informatisé anonyme, diffusé entre le 26 janvier 2023 et le 07 avril 2023 auprès des femmes médecins généralistes libérales ligériennes.</p> <p><u>Résultats</u> : L'échantillon de 138 questionnaires représentait 42% de la population cible. Un médecin traitant extérieur était déclaré chez 39% des participantes. La participation au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus s'élevait à 86,2%, et celle du cancer du sein à 70%. 62 % des participantes avaient un suivi gynécologique conforme aux recommandations de la Haute Autorité de Santé, avec une meilleure adéquation lors du suivi par un(e) médecin généraliste (94,1%) que lors du suivi par un(e) gynécologue (58,9%) ou un(e) sage-femme (57,1%). On observait un sur-dépistage chez 17,4% des participantes et un retard de dépistage chez 16,6% des participantes.</p> <p><u>Conclusion</u> : La participation des femmes médecins généralistes ligériennes aux programmes de dépistage des cancers gynécologiques est supérieure à la population générale. Le choix du praticien effectuant le suivi gynécologique influe sur l'adéquation aux recommandations actuelles de la Haute Autorité de Santé. Il existe une proportion presque similaire de participantes sur-dépistées et en retard de dépistage.</p>		
MOTS CLES :	- médecine générale - prévention - suivi gynécologique - cancer du col de l'utérus	- dépistage - santé de la femme - cancer du sein
JURY :		
Président :	Pr Paul FRAPPE	Faculté de Saint-Etienne
Assesseurs :	Dr Marianne PERROT Dr Benoit PELLETIER	Faculté de Saint-Etienne Faculté de Saint-Etienne
Invitée :	Dr Chloé MANISSOLLE	Faculté de Saint-Etienne
DATE DE SOUTENANCE : 12 octobre 2023		
ADRESSE DE L'AUTEUR : 3 Lotissement Grande Croix, 42140 St Denis sur Coise		