



HAL
open science

Le médecin généraliste et la coordination du dépistage du cancer du col de l'utérus : Etude du contenu des dossiers médicaux de 32 médecins généralistes lorrains

Yannick Ruelle

► To cite this version:

Yannick Ruelle. Le médecin généraliste et la coordination du dépistage du cancer du col de l'utérus : Etude du contenu des dossiers médicaux de 32 médecins généralistes lorrains. Sciences du Vivant [q-bio]. 2009. hal-01732953

HAL Id: hal-01732953

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732953>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Yannick RUELLE

le 30 octobre 2009

**LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET LA COORDINATION DU
DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS.**

**ÉTUDE DU CONTENU DES DOSSIERS MÉDICAUX DE 32 MÉDECINS GÉNÉRALISTES
LORRAINS.**

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. Philippe JUDLIN	Professeur	Président
M. Francis GUILLEMIN	Professeur	} Juges
M. Jean-Dominique DE KORWIN	Professeur	
Mme Élisabeth STEYER	Maître de Conférences	
Mme Marie-France GÉRARD	Docteur en Médecine	} Directeurs de thèse et juges
M. Patrick BASTIEN	Docteur en Médecine	

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Yannick RUELLE

le 30 octobre 2009

LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET LA COORDINATION DU DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS.

ÉTUDE DU CONTENU DES DOSSIERS MÉDICAUX DE 32 MÉDECINS GÉNÉRALISTES
LORRAINS.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. Philippe JUDLIN	Professeur	Président
M. Francis GUILLEMIN	Professeur	} Juges
M. Jean-Dominique DE KORWIN	Professeur	
Mme Élisabeth STEYER	Maître de Conférences	
Mme Marie-France GÉRARD	Docteur en Médecine	} Directeurs de thèse et juges
M. Patrick BASTIEN	Docteur en Médecine	

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Recherche : Professeur Jean-Louis GUEANT

Vice Doyen Pédagogie : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Campus : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Asseseurs :

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

Filières professionnalisées :

Prospective :

FMC/EPP :

M. Christophe NEMOS

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

M. le Professeur Christophe CHOSEROT

M. le Professeur Laurent BRESLER

M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY –
Jean BEUREY - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET -
Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE
- Émile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ -
Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH –
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ –
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT -
Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE -
Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX -
Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU - Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET –
Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN –
Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT -
Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL –
Daniel SCHMITT - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT -
Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET –
Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER - Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIÉWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI
Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY
Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ
Professeur Paul-Michel MERTES - Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT
Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE
PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL - Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN - Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : **BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**
Professeuse Sandrine BOSCHI-MULLER

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : **MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : **BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : **BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET
NUTRITION**

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : **MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : **SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : oncologie (type mixte : biologique))

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE - Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS

Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE

Docteur Francis RAPHAEL

Docteur Jean-Marc BOIVIN

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Élisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – - Professeur Guy PETIET
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jacques ROLAND - - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

À notre Maître et Président de jury,

Monsieur le Professeur Philippe JUDLIN,
Professeur de Gynécologie-obstétrique.

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.

Veillez trouver, dans ce travail, l'expression de ma reconnaissance
et de mon plus profond respect.

Soyez remercié pour votre enseignement tout au long
du premier et du deuxième cycle de mes études

À notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Francis GUILLEMIN,
Professeur d'Épidémiologie, économie de la santé et prévention.

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.
Veuillez trouver, dans ce travail, le témoignage de mon plus profond respect.
Soyez remercié pour votre enseignement tout au long du premier et du deuxième cycle de mes études

À notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN,
Professeur de Médecine interne.

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.
Veuillez trouver, dans ce travail, le témoignage de mon plus profond respect.
Soyez remercié pour votre dynamisme et votre intérêt pour la Médecine générale

À notre Maître et Juge,

Madame le Docteur Élisabeth STEYER,
Maître de Conférences Associé en Médecine générale.

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.
Veuillez trouver, dans ce travail, le témoignage de mon plus profond respect.
Soyez remerciée pour votre rigueur et la qualité de vos enseignements au cours du troisième cycle de Médecine générale.

À notre Directeur de thèse et Juge,

Madame le Docteur Marie-France Gérard,
Chargée d'enseignement en Médecine générale.

Tu m'as fais l'honneur de diriger et de juger cette thèse.
Tu m'as accompagné et encouragé depuis sa genèse, avec une disponibilité extraordinaire.
Tu m'as ouvert les portes de ton cabinet et accordé ta confiance pour ton premier SASPAS.
Trouve dans ces lignes l'expression de ma vive gratitude et de ma profonde sympathie.

À notre Directeur de thèse et Juge,

Monsieur le Docteur Patrick BASTIEN,
Enseignant Clinicien Ambulatoire en Médecine générale.

Tu m'as fais l'honneur de diriger et de juger cette thèse.
Tu m'as apporté, durant ce travail, tes compétences scientifiques et méthodologiques.
Trouve dans ces lignes l'expression de ma vive gratitude et de ma profonde sympathie.

Mes sincères remerciements à tous ceux qui ont permis la réalisation de cette thèse

En premier lieu, aux 32 médecins investigateurs
qui ont consacré du temps pour participer à ce travail.

À Monsieur le Docteur Joël CAPOBIANCO, Coordonnateur de l'ASOQS,
pour son aide précieuse dans la coordination du recueil des données
et dans les relations avec les médecins investigateurs.

À mon ami Arnaud ZELER qui a réalisé le module de recueil informatique
avec une disponibilité incroyable.

À Monsieur François DALMAY, du CEBIMER (Centre d'Épidémiologie, de Biostatistique et de
Méthodologie de la Recherche) de la Faculté de Médecine de Limoges,
qui a réalisé l'ensemble de l'analyse statistique de cette thèse, avec une réactivité à toute
épreuve.

Je dédie ce travail ...

À mes maîtres.

Au Dr Simone ARNAULD, pour m'avoir offert de partager son cabinet durant mon SASPAS. À nos échanges, à ton humanisme et à ton humour.

Au Dr Jean-Jacques ANTOINE, qui m'a accordé sa confiance durant mon SASPAS. À ta rigueur et à ta pédagogie.

Au Dr Stanislas VILLEROY, qui m'a appris les bases de la Gynécologie-obstétrique. À ces moments sympathiques que j'ai passés avec toi, à Briey.

À ma famille.

À Laurence, pour son amour et sa patience.

À mes parents, pour avoir toujours été présents et m'avoir soutenu durant ces longues années.

À mon frère, Xavier, pour tous ces bons moments passés ensemble.

À la mémoire de mes grands-parents.

À mes amis.

À Florent et Geoffroy, pour leur amitié infaillible de presque 20 ans.

À Alan, qui m'a accompagné durant toutes mes années d'études. À toutes nos convictions et tous nos combats communs.

À Cédric, pour son amitié et son engagement au service de la Médecine générale.

À tous mes amis nancéens, et notamment à Adeline, Séverine, Arnaud, Nathan et Jordane.

À mes amis du RAOUL-IMG. À Maud pour m'avoir montré la voie. À Anne-Claire, Irène, Sophie, pour leur engagement et leur travail pendant ces 2 ans.

À mes amis de l'ISNAR-IMG, dont j'ai partagé l'utopie durant 4 ans : Matt, Laure, Lol, Guigui, Kty, Aline, Delphine, Céline, David et tous les autres ...

À la magnifique équipe de ReAGJIR, qui m'aident à construire ce beau projet et avec qui j'ai la chance de vivre cette belle aventure : Alan, Matt, Guigui, Aline, Blandine, Michel, Kty, Thibol, Fab, Armel, Mansur, Caroline.

SERMENT

"Au moment d'être admis 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu 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 et méprisé si j'y manque".

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	14
LISTE DES ABRÉVIATIONS	15
INTRODUCTION	17
MATÉRIEL ET MÉTHODES	31
RÉSULTATS.....	39
DISCUSSION.....	60
CONCLUSION	78
BIBLIOGRAPHIE.....	80
ANNEXES.....	89
TABLE DES MATIÈRES.....	98

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ANDEM	Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale
AGC	Atypical Glandular Cells
ASALEE	Action de SANTé Libérale En Équipe
ASC-US	Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance
ASC-H	Atypical Squamous Cells cannot exclude HSIL
ASOQS	ASsociation pour l'Optimisation de la Qualité des Soins
CAPI	Contrat d'Amélioration des Pratiques
CEBIMER	Centre d'Épidémiologie de Biostatistique et de Méthodologie de la Recherche
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
DCEM	Deuxième Cycle des Études Médicales
DIU	Diplôme Inter Universitaire
DMP	Dossier Médical Personnel
EGB	Échantillon Généraliste des Bénéficiaires
EGOS	États Généraux de l'Organisation de la Santé
FNCGM	Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale
FRANCIM	FRANce-Cancer-Incidence et Mortalité
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
HPV	Human Papilloma Virus
HSIL	High grade Squamous Intraepithelial Lesion
INCa	Institut National du Cancer
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques

INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé
LSIL	Low grade Squamous Intraepithelial Lesion
MG	Médecin Généraliste
MSA	Mutualité Sociale Agricole
RIAP	Relevé Individuel d'Activité et de Prescription
RSI	Régime Social des Indépendants
SFMG	Société Française de Médecine Générale
SNIRAM	Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie
SNIR	Système National Inter-Régimes
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and academic associations of general practitioners / family physicians

INTRODUCTION

I) Le cancer du col de l'utérus

I.1) Généralités

I.1.1) Incidence et mortalité en France et dans le Monde

Le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer féminin le plus fréquent dans le Monde, avec une incidence de 16,2 pour 100 000 (493 243 nouveaux cas) et une mortalité de 9 pour 100 000 (273 505 décès), estimées en 2002 (1).

Dans l'Union Européenne, on estimait en 2004 (2) à 30 400 le nombre de nouveaux cas (9^{ème} rang, incidence de 8,1 pour 100 000) et à 13 500 le nombre de décès (12^{ème} rang, mortalité de 2,8 pour 100 000).

En France, en 2005 (3), l'incidence brute était un peu plus élevée, à 9,8 pour 100 000 (3068 nouveaux cas, 10^{ème} rang) et la mortalité brute plus proche à 3,4 pour 100 000 (1067 décès, 15^{ème} rang). Les taux standardisés (sur la population mondiale) sont respectivement de 7,1 et 1,9 pour 100 000 pour l'incidence et la mortalité.

I.1.2) Aspects économiques nationaux

Il est également intéressant d'envisager le cancer du col de l'utérus sous ses aspects économiques. Des tentatives d'estimations de ce coût ont été réalisées.

Ainsi, le coût total de la prise en charge du cancer invasif du col utérin a été estimé (4), pour 2003, à 43,9 millions d'euros et à 13 509 € par patiente. Par ailleurs, le coût de la prise en charge des lésions précancéreuses était estimé à 28,1 millions d'euros (707 € par patiente) et celui du dépistage à 307,5 millions d'euros (50 € par patiente) (5).

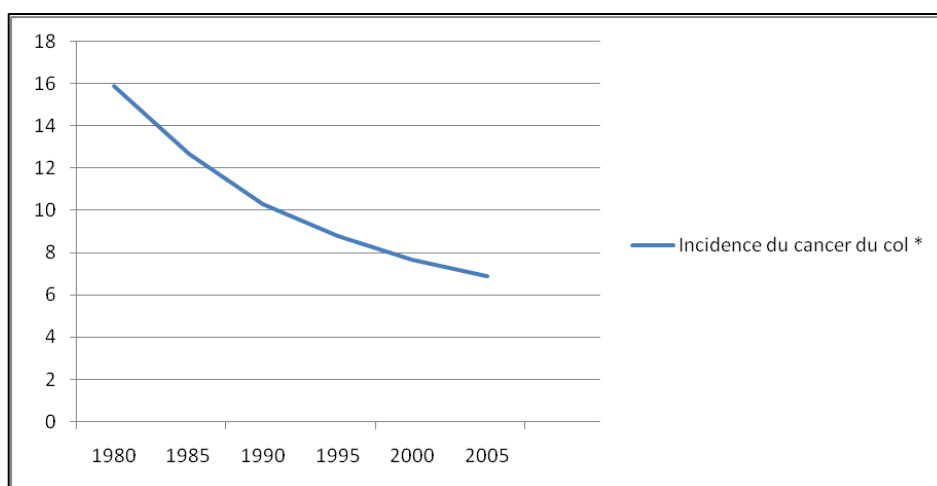
On note donc que, même si le cancer du col de l'utérus n'est plus une cause majeure de décès, son dépistage semble pouvoir générer des économies importantes.

I.2) Le cancer du col de l'utérus en Lorraine

I.2.1) Incidence du cancer du col de l'utérus en Lorraine

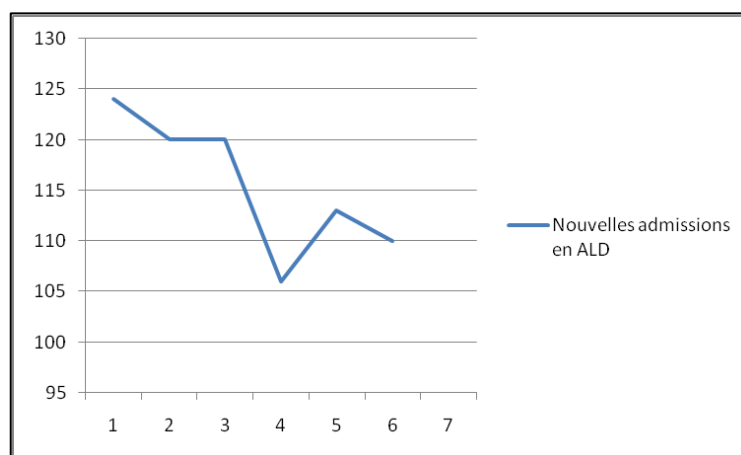
Il n'existe pas, en Lorraine, de registres du cancer du col utérin. Cependant, les estimations du réseau FRANCIM (FRANce-Cancer-Incidence et Mortalité) et de l'Assurance Maladie (Figure 1 et Figure 2) donnent des indications assez précises sur les nouveaux cas de cancer du col dans la région.

Figure 1 : Évolution de l'incidence du cancer du col utérin en Lorraine entre 1980 et 2005



* Taux pour 100 000, standardisé sur la population mondiale
(Source : estimations FRANCIM)

Figure 2 : Nombres de nouvelles admissions en ALD pour cancer du col utérin en Lorraine entre 2000 et 2005



(Source : CNAMTS, RSI, MSA)

Ainsi, l'incidence du cancer du col de l'utérus diminue régulièrement et était estimée à 6,9 pour 100 000 en 2005 (3) et était donc légèrement inférieure au taux national. En 2000, le cancer du col utérin représentait, en Lorraine 8 % des cancers (6).

I.2.2) Mortalité par cancer du col de l'utérus en Lorraine

De la même manière que pour l'incidence, on note (Tableau 1) que la mortalité par cancer du col en Lorraine diminue régulièrement depuis les 3 dernières décennies.

Tableau 1 : Évolution de la mortalité par cancer du col de l'utérus en Lorraine

Période	Effectif*	Taux**
1979-1981	45	4.1
1982-1984	43	3.9
1985-1987	36	3.1
1988-1990	30	2.5
1991-1993	31	2.5
1994-1996	31	2.5
1997-1999	35	2.6
2000-2002	26	1.9
2003-2005	25	1.8

* Moyenne annuelle sur la période de 3 ans

** Taux pour 100 000, standardisé sur la population française
(Source : CépiDc – INSERM)

Par ailleurs, cette mortalité (standardisée) est inférieure à celle de la population française, et les mêmes sources nous apprennent que la Lorraine se situe en 14^{ème} position dans la mortalité des régions françaises.

Ainsi donc, on meurt de moins en moins du cancer du col de l'utérus en France et en Lorraine, mais le dépistage reste encore un enjeu à la fois par la réduction de la morbidité mais aussi par les économies qu'il peut générer. Voyons donc les principaux éléments relatifs à l'organisation de ce dépistage et à ses résultats.

II) Le dépistage du cancer du col de l'utérus

II.1) Historique

C'est en 1928 que Papanicolaou présenta ses premiers travaux (« New Cancer Diagnosis ») sur le frottis cervico-vaginal, mais ces travaux furent accueillis avec beaucoup de scepticisme et ce n'est qu'en 1948 que sa technique commença à être diffusée (7).

En France, c'est précisément en 1948 que cette technique fut importée, au laboratoire de l'hôpital Beaujon. Là encore, les réticences furent importantes et il a fallu attendre le début des années 60 pour que le frottis cervico-utérin soit reconnu comme un outil majeur du dépistage du cancer du col de l'utérus, et progressivement étendu (8).

II.2) Recommandations et législation française

Bien que la technique du frottis cervico-utérin soit développée et largement pratiquée, la France a fait le choix, pour l'instant, de ne pas organiser de dépistage de masse au niveau national, malgré la publication, en 2006, d'un cahier des charges du dépistage organisé (9). Cependant, plusieurs recommandations ont été émises afin d'encadrer le dépistage individuel, et la problématique du cancer du col utérin, et de son dépistage, est évoquée dans plusieurs textes de lois récents.

II.2.1) Recommandations de la Haute Autorité de Santé

En septembre 1990, la conférence de consensus de Lille (10) émet des recommandations proposant chez les femmes ayant, ou ayant eu une activité sexuelle, de commencer le dépistage à 25 ans et de l'arrêter à 65 ans. En 1995, l'ANDEM (Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale) – qui a précédé l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) puis la HAS (Haute Autorité de Santé) – reprend ces recommandations (11) et définit la fréquence de 3 ans comme la fréquence optimale de réalisation du frottis, après deux frottis normaux à 1 an d'intervalle. Ces recommandations sont conformes aux différentes recommandations européennes(12)(13)(14) qui s'accordent sur les limites d'âge inférieure (entre 20 et 30 ans) et supérieure (après 60 ans) du dépistage et sur la fréquence de ce dépistage (entre 3 et 5 ans).

En septembre 2002, l'ANAES actualise (15) les recommandations sur la conduite à tenir devant un frottis cervico-utérin anormal. Elle introduit notamment l'utilisation du système Bethesda, réactualisé en 2001 (16), précisant le caractère satisfaisant ou non du frottis et standardisant la dénomination des résultats :

- frottis normal ;
- ASC-US, pour les atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée ;
- AGC, pour les anomalies glandulaires ;

- ASC-H, pour les atypies des cellules malpighiennes ne permettant pas d'exclure une lésion intra-épithéliale de haut grade ;
- LSIL, pour les lésions intra-épithéliales de bas grade ;
- HSIL, pour les lésions intra-épithéliales de haut-grade.

Elle détermine en outre la conduite à tenir en cas de lésion anormale et précise la place du test HPV (Human Papilloma Virus) dans le triage des lésions ASC-US. Par contre, elle ne se prononce pas en faveur de l'une ou l'autre des deux techniques de frottis (conventionnel et milieu liquide).

En mai 2004, l'ANAES publie une évaluation (17) sur l'intérêt du test HPV en dépistage primaire. Dans ce document, elle ne modifie pas les précédentes recommandations. Cependant, on peut noter, dans l'introduction, une ambiguïté quant à la fréquence de dépistage (« tous les 2 ou 3 ans »). En ce qui concerne l'utilisation du test HPV, elle en reste aux recommandations de 2002.

II.2.2) Le plan cancer

En 2003, suite à la demande du Président de la République, Jacques CHIRAC, le Plan Cancer 2003-2007 voit le jour (18). L'une des 70 mesures concerne le dépistage du cancer du col de l'utérus. Il s'agit de la mesure 26 rédigée de la manière suivante : « Renforcer les actions en faveur du dépistage du cancer du col de l'utérus auprès des femmes à risque :

- élargir l'offre de frottis à de nouveaux acteurs de proximité (planning familial, médecine du travail, ...) pour mieux atteindre les femmes non suivies par un gynécologue ;
- développer les actions d'information auprès des femmes ;
- faciliter l'utilisation du test de papillomavirus. »

L'INCa (Institut National du Cancer) a fait, en 2006, un premier bilan des mesures mises en œuvre (19). En ce qui concerne le dépistage du cancer du col de l'utérus, voici les mesures qui sont citées :

- expérimentation du dépistage organisé dans 5 départements (programmes qui avaient débuté avant 2003, comme nous le verrons un peu plus loin) ;
- développement de quelques actions de sensibilisation ;
- remboursement du test HPV dans les frottis douteux.

Par ailleurs, l'INCa insiste sur la nécessité d'impliquer davantage les médecins généralistes dans ce dépistage, en évoquant des actions de formation et une analyse du parcours de soin des patientes.

II.2.3) Loi relative à la politique de santé publique

Le rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique (20), dresse la liste de cent objectifs de santé publique. Parmi eux, l'objectif 48, concernant le cancer du col de l'utérus est de « poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5 % par an, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80 % pour les femmes de 25 à 69 ans et l'utilisation du test HPV ».

En 2005, un rapport est émis sur les indicateurs de suivi de ces objectifs (21). Ce rapport propose, pour le cancer du col de l'utérus, une stratégie visant à obtenir des indicateurs plus fiables sur l'incidence du cancer du col de l'utérus et le taux de couverture du dépistage. Il rectifie par ailleurs le rapport précédent en précisant que la population cible (toutes les femmes de 25 à 65 ans, et non de 25 à 69 ans).

II.3) Le taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus

II.3.1) Le taux de couverture national

Toutes les études actuelles s'accordent sur la difficulté à déterminer le taux de couverture du dépistage du cancer du col. 5 405 402 frottis cervico-utérins ont été réalisés en 2000, selon les données de l'Assurance Maladie (22). 6,5 % des frottis cervico-utérins seraient pratiqués par des structures publiques (23). On peut donc estimer à environ 5 780 000 le nombre de frottis réalisés chaque année. Pour une population cible de 16 000 000 de femmes, cela permettrait de couvrir la totalité de la population.

En fait, le caractère individuel de ce dépistage entraîne un sur-dépistage chez certaines femmes et un sous-dépistage chez d'autres. Ainsi, les données de l'Assurance Maladie (22) montraient, en 2002, que l'écart moyen entre 2 frottis remboursés était de 6 mois chez 1,2 % des femmes, 1 an chez 7,2 % des femmes et 2 ans chez 45,5 % des femmes. Ces chiffres sont sans doute à modérer par les contrôles de frottis anormaux. Cependant, sur la même période, 34 % des femmes n'avaient pas eu de frottis en 6 ans.

En conséquence, les taux de couverture généralement avancés varient entre 50 et 60 % en fonction des publications (53,6 % pour 1998-2000 (22), 58,7 % pour 2003-2005 (24), mais selon des méthodes d'estimation différentes).

Enfin, il est intéressant de comparer ces chiffres aux enquêtes déclaratives auprès de femmes, qui ramènent des chiffres plus élevés. Ainsi, en 2005, 80 % des femmes interrogées (25) déclaraient avoir bénéficié d'un frottis cervico-utérin durant les 3 dernières années. L'organisation du dépistage spontané, basé sur la seule demande des patientes, semble donc manquer de pertinence.

II.3.2) Les taux de couverture des programmes de dépistage de masse

Cinq départements ont mis en place des programmes de dépistage de masse : le Bas-Rhin (depuis 1994), le Haut-Rhin (depuis 2001), l'Isère (depuis 1991), la Martinique (depuis 1991) et le Doubs (de 1993 à 2004).

Les résultats (26)(27) sont présentés ci-dessous (Tableau 2). Les études concluent que, même si les campagnes de dépistage organisé ne sont pas forcément très suivies par les patientes, elles améliorent de manière significative le taux de couverture du dépistage global, y compris en augmentant les taux de frottis liés au dépistage individuel.

Tableau 2 : Taux de couverture des programmes de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

Département	Période d'étude	Taux de couverture (individuel + organisé)
Bas-Rhin	01/01/2003 au 31/12/2005	71,0 %
Haut Rhin	01/01/2003 au 31/12/2005	68,5 %
Isère	01/01/2003 au 31/12/2004	59,4 %
Martinique	01/04/2002 au 31/03/2005	52,6 %
Doubs	01/01/1999 au 31/12/2001	59 %

II.3.3) Le taux de couverture en Lorraine

Nous n'avons retrouvé aucune publication concernant ce taux de couverture.

En mai 2008, nous avons interrogé d'une part l'URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie) de Lorraine et d'autre par la MSA (Mutualité Sociale Agricole) de Lorraine, afin d'obtenir le nombre de frottis réalisés, en 2007, dans la région.

La MSA ne nous a jamais répondu, malgré plusieurs relances. Quant à l'URCAM, alors qu'ils nous avaient promis ces données pour la fin 2008, nous avons reçu un courriel, en mars 2009, nous indiquant qu'ils ne pourraient finalement pas nous fournir ces données.

III) Missions du médecin généraliste et dépistage

III.1) Définition de la WONCA

Dans sa définition de la médecine générale (28), la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians) Europe précise notamment que l'une des missions du médecin généraliste est de « promouvoir l'éducation pour la santé en appliquant de manière appropriée des stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies ».

Le dépistage du cancer du col de l'utérus entre donc tout à fait dans le cadre de cette mission et est donc à même de s'intégrer dans la pratique quotidienne des médecins généralistes, à la fois pour sa promotion et sa réalisation.

III.2) La législation française

En mai 2008, la législation française ne définissait pas clairement les missions du médecin généraliste, pas plus dans le domaine du dépistage que dans d'autres domaines d'ailleurs. Pourtant, quelques textes de loi avaient déjà abordé ce sujet.

III.2.1) Le Code de la santé publique

L'article 10 de la loi du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique (20) évoque le dépistage, en évoquant, dans le Code de la santé publique la notion « d'examens de dépistage » (article L 1411-6) avec la possibilité pour « tout professionnel de santé » d'y participer (article L 1411-8). Il n'y a donc pas de référence spécifique au médecin généraliste dans sa mission de dépistage.

Cependant, le 08 février 2008, en conclusion de la première phase des EGOS (États Généraux de l'Organisation de la Santé), la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, Roselyne BACHELOT, reconnaissait (29) comme « essentiel que la définition (de la médecine générale) soit inscrite dans le Code de la santé publique, ... notamment la prise en charge médicale de premier recours ». A noter, que le 09 avril, lors du discours de clôture des EGOS (30), ceci n'a pas été repris.

III.2.2) Le Code de la sécurité sociale

L'article 7 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (31) introduit dans le Code de la sécurité sociale (article L 162-5-3) la notion de « médecin traitant » chargé de « favoriser la coordination des soins » mais qui peut être un généraliste ou un spécialiste.

Mais, dans l'article 8, cette loi renvoie (alinéa 17 de l'article L 162-5 du Code de la sécurité sociale) à la convention signée entre l'UNCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie) et les syndicats de médecins libéraux, la définition des missions du médecin traitant.

III.2.3) Convention nationale

C'est donc la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes (32) qui est chargée de définir les missions du médecin traitant, généraliste ou spécialiste.

Après avoir rappelé, en préambule, que « les parties signataires du présent texte s'entendent pour considérer que le médecin traitant a vocation à être le plus souvent un médecin généraliste », elle définit (article 1-1-1) les missions de ce médecin traitant. Entre autres, elle stipule que le médecin traitant doit « assurer les soins de prévention (dépistage, éducation sanitaire, etc.) ». Par ailleurs, il doit « favoriser la coordination par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et l'intégration de cette synthèse dans le Dossier Médical Personnel ».

Cette convention définit également (article 1-2) la notion de « médecin correspondant » qui « garantit le second recours » et qui, lorsqu'il « répond aux sollicitations du médecin traitant », doit lui transmettre un retour d'information.

Ainsi, cette convention semble, de prime abord, et notamment pour le sujet qui nous intéresse, donner une ébauche d'organisation du dépistage où le médecin traitant, le plus souvent un médecin généraliste, serait responsable de ce dépistage et bénéficierait d'un retour d'informations s'il ne réalisait pas lui-même l'un des actes relatifs à ce dépistage.

Mais l'article 1-3 de cette même convention modère ce schéma. Cet article introduit en effet la notion « d'accès spécifique ». Il s'agit de permettre à certains patients d'accéder directement à certains spécialistes pour certains actes, sans coordination par le médecin traitant. Ainsi, l'article 1-3-1 autorise l'accès spécifique aux gynécologues, notamment pour « les examens cliniques gynécologiques périodiques, comprenant les actes de dépistage ».

Cependant, cet article stipule que « dans les situations décrites ci-dessus, le médecin spécialiste est tenu aux mêmes engagements en terme de coordination que le médecin correspondant ». Et l'article 1-3-2 précise que ces engagements comportent, entre autres, « le retour d'information au médecin traitant ».

Au début de ce travail, la France n'avait pas inscrit dans la loi les missions du médecin généraliste. Elle a créé, par voie conventionnelle, un médecin traitant dont elle n'a pas réservé l'exclusivité aux généralistes. Elle a autorisé l'accès direct aux gynécologues pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, mais impose à ces derniers un retour d'information vers le médecin traitant. Le médecin généraliste, en tant que médecin traitant, semble donc devoir tenir une place centrale dans le dépistage du cancer du col de l'utérus, au moins dans sa coordination et donc sa promotion. Il convient donc d'étudier maintenant comment ces médecins généralistes s'impliquent, en pratique, dans le dépistage du cancer du col utérin.

IV) Implication du médecin généraliste dans le dépistage du cancer du col de l'utérus

IV.1) La situation nationale

Nous n'avons pas retrouvé de chiffres précis quant à la part des frottis cervico-utérins réalisés par les médecins généralistes français. Cependant, les différentes publications(33)(34) s'accordent pour estimer que 10 à 20 % des frottis sont réalisés par des médecins généralistes.

Dans le baromètre santé médecins / pharmaciens 2003 (35), 38,4 % des médecins généralistes déclaraient avoir réalisé eux-mêmes un frottis chez leur dernière patiente, contre 29 % en 1998. Ceci fait supposer que l'implication des médecins généralistes dans la réalisation des frottis tend à augmenter.

IV.2) Résultats de plusieurs enquêtes régionales

IV.2.1) Dans les départements où il existe un dépistage de masse

Il est plus facile d'appréhender cette problématique dans les départements où un dépistage de masse est (ou a été) organisé puisque les données sur la provenance des frottis sont plus accessibles.

Ainsi, en 1998, dans le Bas-Rhin, 7,6 % des frottis étaient réalisés par des médecins généralistes (36), en lien avec une forte installation de gynécologues dans la région. Dans le Doubs, entre 1993 et 2004, 14 % des frottis ont été réalisés par des médecins généralistes (27). En Isère (37), dans le cadre du dépistage organisé, les généralistes ont même réalisé 62 % des frottis entre 1991 et 1993.

IV.2.2) Résultats d'autres études

Plusieurs études se sont spécifiquement intéressées à l'implication du médecin généraliste dans le dépistage du cancer du col de l'utérus.

En Bretagne, une étude (38) s'est intéressée à l'activité gynécologique des médecins généralistes. Si 85,3 % des généralistes interrogés citaient le dépistage et la prévention comme un rôle spécifique du médecin généraliste, ils reconnaissaient que le motif (initial) de consultation était rarement le dépistage et que la réticence des patientes au dépistage était importante. Il ressortait donc de cette étude une faible implication des médecins généralistes dans le dépistage du cancer du col avec deux causes principales relevées par les auteurs : le sentiment de manque de compétence des médecins généralistes et la réticence des patientes.

Ce manque de « confiance » des médecins généralistes en leurs compétences se retrouve, dans une moindre mesure, dans une étude menée en Picardie (39) où 92 % des médecins interrogés déclaraient proposer systématiquement le frottis à leurs patientes, 88 % déclaraient connaître la technique du frottis et seulement 65 % la pratiquaient eux-mêmes.

En Bourgogne (40), 73,4 % des généralistes déclaraient avoir réalisé un frottis chez leur dernière patiente. Cette étude montrait que cette implication était surtout conditionnée par le lieu d'exercice (les médecins ruraux étaient plus impliqués) et le sexe (les femmes médecins étaient plus impliquées) mais aussi, là encore, par les réticences de certaines femmes.

Enfin, dans le Haut-Rhin (41), une auto-évaluation des dossiers médicaux par des médecins généralistes a montré que seulement 25,9 % des dossiers médicaux comportaient à la fois la date et le résultat du dernier frottis. Les auteurs notaient que ce chiffre était inférieur à ceux relatifs au dépistage du cancer du sein et au cancer du colon.

Il est à noter que dans ces différentes études, les difficultés de communication entre les généralistes et les gynécologues étaient avancées, mais sans avoir été étudiées précisément.

IV.3) Implication des médecins généralistes lorrains dans le dépistage du cancer du col de l'utérus

Nous n'avons retrouvé aucune étude relative à l'implication des médecins généralistes lorrains dans le dépistage du cancer du col de l'utérus.

IV.4) « Offre gynécologique » en Lorraine

Il nous a semblé intéressant, à cette étape, de décrire « l'offre gynécologique » de la Lorraine, et plus spécifiquement les médecins généralistes et les gynécologues, principaux acteurs du dépistage du cancer du col de l'utérus.

La base de données Eco Santé en ligne (42) nous a permis d'obtenir ces informations.

IV.4.1) Âge moyen des généralistes et des gynécologues

L'âge moyen des médecins généralistes lorrains était, en 2007, de 50,2 ans contre 54,4 ans pour les gynécologues libéraux (*Source : SNIR 2007*).

IV.4.2) Effectif et densité des généralistes et des gynécologues

En 2007, la Lorraine comptait 2073 médecins généralistes et 196 gynécologues libéraux. La densité médicale est présentée dans le tableau ci-dessous (Tableau 3).

Tableau 3 : Densité médicale (pour 100 000 habitants) des généralistes et des gynécologues lorrains

Territoire	Généralistes	Gynécologues libéraux	Rapport densité généralistes / densité gynécologues
Meurthe-et-Moselle	96,05	9,65	10
Meuse	82,13	5,17	15,9
Moselle	85,82	8,10	10,6
Vosges	86,11	8,43	10,2
Lorraine	88,74	8,39	10,6

Source : SNIR, 2007

IV.4.3) Accessibilité des généralistes et des gynécologues

La distance moyenne d'accès aux médecins, dans la région, est présentée dans le tableau suivant (Tableau 4)

Tableau 4 : Distance moyenne d'accès (en mètres) aux généralistes et gynécologues lorrains

Territoire	Généralistes	Gynécologues libéraux	Rapport distance généraliste / distance gynécologue
Meurthe-et-Moselle	537	4130	7,7
Meuse	1821	12181	6,6
Moselle	655	5093	7,8
Vosges	1027	8164	7,9

Source : INSEE / IRDES, 1999

IV.4.4) Fréquence des contacts entre médecins et patients

Le tableau suivant (Tableau 5) présente une extrapolation de la fréquence des contacts, en Lorraine, entre les médecins généralistes d'une part, et les gynécologues (libéraux et salariés) d'autre part, et leurs patients.

Tableau 5 : Contacts entre généralistes, gynécologues et leurs patients en Lorraine en 2007

Spécialité	Nombre actes (consultations et visites)*	Population concernée**	Nombre d'acte / patient en 2007
Médecins généralistes	10 502 000	2 336 500 (population totale)	4,5
Gynécologues libéraux et salariés	467 000	1 196 235 (population féminine)	0,4

* Source : CNAMTS, 2007 - ** Source : INSEE, 2007

Cependant, cette extrapolation est à relativiser en fonction de plusieurs facteurs :

- un facteur minorant l'activité des gynécologues et des généralistes : elle ne prend en compte que les consultations et les visites et n'intègre donc pas les actes techniques (sans doute plus importants chez les gynécologues) ;
- un facteur majorant l'activité des gynécologues : elle considère que les actes des gynécologues s'adressent à l'ensemble de la population féminine sans tenir compte de leur âge, ce qui n'est à priori pas le cas, surtout pour les plus jeunes.

IV.4.5) Conclusion sur l'offre gynécologique en Lorraine

Cette étude de la démographie médicale nous permet de mettre en évidence plusieurs éléments sur l'offre gynécologique en Lorraine:

- les généralistes sont plus jeunes que leurs confrères gynécologues ;
- ils sont plus de 10 fois plus nombreux ;
- ils sont mieux répartis sur le territoire et plus accessibles géographiquement ;
- ils ont des contacts beaucoup plus fréquents avec les patientes.

V) Problématique

Malgré les recommandations nationales, les définitions internationales de la médecine générale et les missions que semblent vouloir leur confier les pouvoirs publics, certaines études laissent penser que, en pratique, les médecins généralistes sont peu impliqués dans le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Pourtant, les éléments démographiques montrent que le médecin généraliste est idéalement placé pour avoir un rôle primordial dans ce dépistage, et notamment dans sa promotion et sa coordination.

Les médecins généralistes traitants disposent-ils des éléments nécessaires à la coordination du dépistage du cancer du col de l'utérus ? Telle est la question à laquelle nous allons tenter de répondre.

L'objectif principal de cette étude sera donc de décrire le contenu des dossiers médicaux puisque ce sont eux qui doivent comporter les informations indispensables à la coordination du dépistage.

Satellites de cette question, nous avons défini plusieurs objectifs secondaires :

- déterminer quelle quantité de frottis sont réalisés par les médecins généralistes, ainsi que leur qualité ;
- déterminer le niveau de retour d'information du gynécologue vers le médecin généraliste, dans le respect du dispositif conventionnel ;
- déterminer l'accessibilité de ces informations pour le médecin généraliste, indispensable à une coordination efficace.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

I) Présentation générale de l'étude

Nous avons donc choisi de réaliser une étude quantitative, descriptive du contenu des dossiers médicaux des médecins généralistes quant aux informations relatives au dépistage du cancer du col de l'utérus.

II) Matériel

II.1) L'ASOQS

L'ASOQS (ASSociation pour l'Optimisation de la Qualité des Soins), et les médecins généralistes adhérents de cette association, ont servi de support à notre étude.

II.1.1) Objet de l'association

L'ASOQS est une association loi de 1901, déclarée à la préfecture de Meurthe et Moselle et agréée comme organisme formateur en 2007.

Dans les statuts (43) de cette association, l'objet stipule que : *« l'ASOQS a pour but de développer un exercice médical de qualité en favorisant notamment l'appropriation des recommandations médicales et la mise en œuvre de référentiels validés, de bonnes pratiques professionnelles, par les médecins généralistes.*

Pour atteindre cet objectif, l'association s'appuie sur la formation médicale, qu'elle soit initiale ou continue, et sur l'évaluation des pratiques professionnelles.

Elle pourra contracter des conventions avec l'ensemble des acteurs, organismes ou entreprises, lui permettant d'atteindre ces objectifs.

L'amélioration de la qualité du service médical rendu est le but des membres de l'association, en favorisant une allocation pertinente des ressources financières, humaines et logistiques du système de soins. »

II.1.2) Composition et mode de fonctionnement

L'ASOQS est composée de cinq groupes d'échanges de pratiques, chaque groupe comportant 10 médecins. Elle comprend deux groupes en Meurthe et Moselle, un groupe en Meuse, un groupe en Moselle et un groupe dans les Vosges.

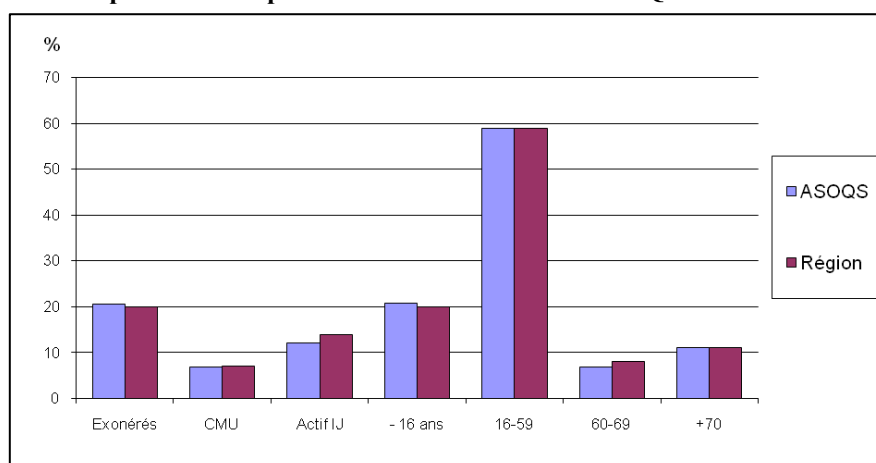
Chaque groupe fonctionne selon des thèmes propres mais aussi selon des thèmes définis par l'ASOQS.

Enfin, l'ASOQS dispose d'un médecin coordonnateur qui centralise les informations et fait le lien entre les différents groupes.

II.1.3) Représentativité de l'ASOQS

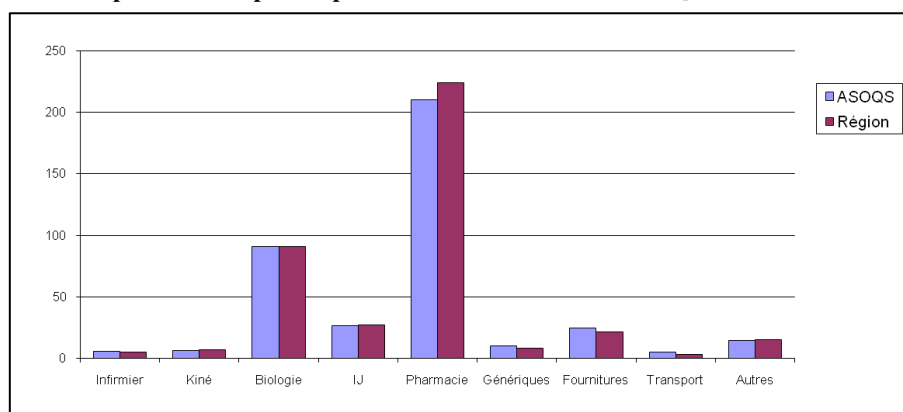
L'ASOQS a mené une étude interne, basée sur les RIAP (Relevés Individuels d'Activité et de Prescription) afin de comparer l'activité de ses médecins avec celle des médecins lorrains (Figure 3 et Figure 4). Ainsi, on voit que la composition des patientèles et les prescriptions des médecins de l'ASOQS sont comparables à celles de l'ensemble des médecins de la région.

Figure 3 : Composition de la patientèle des médecins de l'ASOQS et des médecins lorrains



Source : ASOQS - Comparaison des RIAP des adhérents avec les RIAP régionaux

Figure 4 : Composition des prescriptions des médecins de l'ASOQS et des médecins lorrains



Source ASOQS - Comparaison des RIAP des adhérents avec les RIAP régionaux

II.2) Caractéristiques des médecins investigateurs

L'ASOQS comporte donc 50 médecins à qui cette étude a été proposée. Voici les caractéristiques de ces médecins.

II.2.1) Âge

Nous ne disposons pas de données précises sur l'âge des médecins.

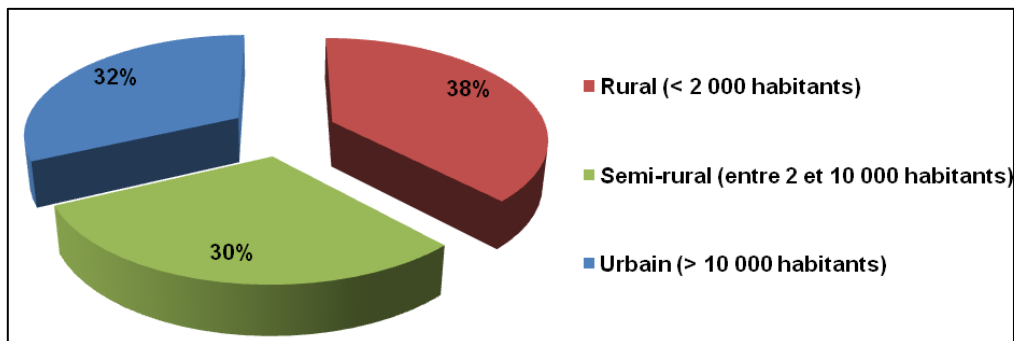
II.2.2) Sexe

L'ASOQS comporte 13 femmes et 37 hommes, soit 26 % de femmes et 74 % d'hommes.

II.2.3) Lieu d'exercice

La répartition des médecins de l'ASOQS, par lieu d'exercice, est présentée ci-dessous (Figure 5).

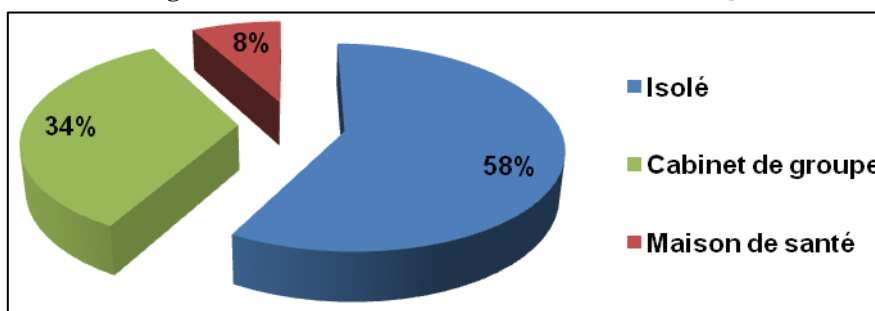
Figure 5 : Lieu d'exercice des médecins de l'ASOQS



II.2.4) Mode d'exercice

La répartition des médecins de l'ASOQS, par mode d'exercice, est présentée ci-dessous (Figure 6).

Figure 6 : Mode d'exercice des médecins de l'ASOQS



II.3) Critères d'inclusion des patientes

Nous avons choisi d'inclure les 10 premières patientes vues en consultation par chaque médecin, et répondant aux critères suivants :

- patientes de 25 à 65 ans (recommandations de la HAS)
- patientes dont le médecin généraliste investigateur est le médecin traitant (rôle de coordination du dossier médical)
- patientes sans antécédent récent (moins de 2 ans) de frottis cervico-utérin anormal (ASC-US, AGC-US, ASC-H, LSIL, HSIL), afin de rester dans le cadre du dépistage primaire
- patientes n'ayant pas subi d'hystérectomie (totale)

III) Méthode de recueil des données

III.1) Genèse du projet

Afin de faciliter le recueil des données, d'éviter les erreurs de saisie des résultats, et dans la mesure où l'ensemble des médecins de l'ASOQS sont informatisés, nous avons décidé d'utiliser un recueil de données via un site internet.

Après avoir constitué le formulaire type de recueil, nous avons contacté Arnaud ZELER, étudiant en 3^{ème} année de DCEM (Deuxième Cycle des Études Médicales), 5^{ème} année d'études de médecine, qui a accepté de mettre ses compétences informatiques à notre disposition.

III.2) Le module informatique de recueil

Ce module informatique se présente donc sous la forme d'un site internet dont l'adresse a été communiquée aux médecins investigateurs.

III.2.1) Identification des médecins

La page d'identification des médecins (Annexe 1), comprenait un identifiant, un mot de passe et un code de sécurité. Pour faciliter la tâche des médecins, nous avons mis en place une fonctionnalité permettant aux médecins d'accéder à leur espace, depuis leur ordinateur, sans avoir à rentrer à chaque fois leur identifiant et leur mot de passe. Elle comprenait également un accès réservé à la première visite.

III.2.2) Première visite

Lors de leur première visite, les médecins disposaient d'abord d'une page (Annexe 2) leur expliquant le fonctionnement du site internet, leur rappelant les critères d'inclusion de leurs patientes et leur précisant l'objet de l'étude.

Ensuite, la page d'inscription (Annexe 3) des médecins comprenait 3 espaces :

- un espace comportant des informations destinées à vérifier que les médecins inscrits faisaient bien partie de l'étude (nom, prénom et code postal) ;
- un espace de création de l'identifiant (date de naissance, e-mail et mot de passe) ;
- un espace de remplissage d'informations relatives à l'étude (sexe, mode d'exercice et lieu d'exercice).

Ces données étaient ensuite gardées en mémoire et associées à l'identifiant, de manière à éviter aux médecins une saisie de ces informations à chaque remplissage d'un formulaire de recueil de données.

Après validation de ce formulaire d'inscription, une page de confirmation (Annexe 4) annonçait au médecin la validation de cette inscription et l'envoi d'un mail de confirmation, (Annexe 5) reprenant leurs données d'inscription et les principales modalités de l'étude, était généré.

Par ailleurs, toutes les procédures et toutes les saisies de données étaient sécurisées par des codes de sécurité.

III.3) Le formulaire de recueil

III.3.1) La page de recueil

Le formulaire de recueil comprenait (Annexe 6) une première partie reprenant les informations relatives au médecin investigateur, et permettant, le cas échéant, une correction de ces données par le médecin.

Venait ensuite la partie relative au recueil des données de l'étude, décrites dans le paragraphe suivant. A noter qu'elle comportait un rappel des critères d'inclusion dans l'étude.

Par ailleurs, cette page comprenait un petit « tableau de bord » permettant à chaque médecin investigateur de suivre l'avancée du remplissage de ses formulaires, en lui indiquant le nombre de formulaires (sur 10) déjà remplis.

III.3.2) Les données recueillies

Les données recueillies étaient les suivantes :

- des données relatives à la consultation en cours : date de la consultation, motif de consultation (que nous avons codifié selon la typologie (44) utilisée par la SFMG, Société Française de Médecine Générale) ;
- une donnée relative à la patiente incluse : âge ;
- des données relatives au dernier frottis : réalisation ou non par le médecin investigateur, retour d'information de l'effecteur du frottis (cette question disparaissait si le frottis avait été effectué par le médecin investigateur), date du dernier frottis, qualité du dernier frottis, présence ou non du résultat du dernier frottis ;
- une donnée relative à la planification du dépistage : présence ou non d'un système de planification du prochain frottis (alarme) ;
- une donnée relative à l'accessibilité des informations du dossier : temps mis pour trouver l'ensemble des informations.
- un espace « commentaire libre », laissant la possibilité au médecin investigateur de s'exprimer sur ce dossier ou sur l'étude en général.

Enfin, le module informatique nous permettait de recueillir l'heure de début et l'heure de fin du remplissage de chaque formulaire.

III.3.3) Validation du formulaire

Après avoir validé chaque questionnaire, il restait encore une protection contre d'éventuelles données manquantes, puisque si le questionnaire était incomplet, un message d'erreur s'affichait au moment de la validation (Annexe 7).

III.4) La communication avec les médecins investigateurs

III.4.1) Au début de l'étude

Après une phase de test du module informatique, par les responsables des différents groupes d'échange de pratiques, nous avons informé l'ensemble des médecins de l'ASOQS de cette étude par plusieurs moyens :

- un petit document (Annexe 8), envoyé par courriel, et remis lors des réunions des groupes d'échange de pratiques, fin avril 2008 ;
- une communication orale, par les responsables des groupes, auprès des membres de ces groupes, lors des réunions d'échange de pratiques.

III.4.2) Au cours de l'étude

Le recueil des données en ligne a été lancé le 12 mai 2008.

Au cours de cette étude, nous disposions, en ligne, d'un tableau de bord nous permettant de suivre l'avancée du recueil des données (Annexe 9), qui aurait notamment pu permettre des relances individuelles, que nous n'avons finalement pas utilisées.

En revanche, le médecin coordonnateur de l'ASOQS a effectué une relance mensuelle par l'envoi d'un courriel à l'ensemble des membres de l'ASOQS.

Nous avons arrêté le recueil des données le 07 septembre 2008, soit après 4 mois de recueil.

III.5) Saisie des résultats

Le module informatique avait été conçu pour pouvoir exporter l'ensemble des données au format « CSV », ce qui nous a permis de rassembler rapidement les données au sein d'un tableau Excel®. Nous avons ensuite effectué un codage de ces données facilitant l'exploitation statistique.

IV) Méthode statistique

L'analyse statistique a été effectuée par l'équipe du CEBIMER (Centre d'Épidémiologie de Biostatistique et de Méthodologie de la Recherche) de la Faculté de Médecine de Limoges.

Les différentes variables recueillies sont de deux types : qualitatives et quantitatives.

Les résultats des variables quantitatives sont présentés sous la forme moyenne +/- écart-type éventuellement minimum, maximum et médiane. Ceux des variables qualitatives sont présentés sous la forme fréquence et pourcentage.

Les comparaisons des variables qualitatives entre deux groupes ont été réalisées par des tests du Chi² ou des tests exacts de Fisher en fonction des effectifs théoriques des groupes considérés.

Les comparaisons de distributions des variables quantitatives (à 2 classes) ont été réalisées par des tests t de Student pour les distributions suivant une loi normale ou possédant des effectifs supérieurs à 30 et par des tests de Mann-Whitney (test non paramétrique choisi lorsque l'effectif était faible dans certains sous-groupes). Les comparaisons de distributions de variables quantitatives (à plus de 2 classes) ont été réalisées par des tests d'ANOVA pour les distributions suivant une loi normale ou possédant des effectifs supérieurs à 30 et par des tests de Kruskal-Wallis (test non paramétrique choisi lorsque l'effectif était faible dans certains sous-groupes à plus de 2 classes).

Le seuil de significativité choisi pour l'ensemble des analyses statistiques est de 0,05.

Le logiciel utilisé a été SAS 9.1 (SAS Institute, Cary, USA).

Les logiciels utilisés sont Statview 5.0® et SAS 9.1.3® (SAS Institute, Cary, USA).

RÉSULTATS

I) Taux de réponse

32 médecins ont finalement participé à l'étude, soit une participation de **64 %**.

305 patientes ont été incluses dans l'étude, soit 61 % de la population qui aurait pu être potentiellement étudiée. En considérant uniquement les 32 médecins ayant participé à l'étude, le taux de remplissage des formulaires atteint **95,31 %**.

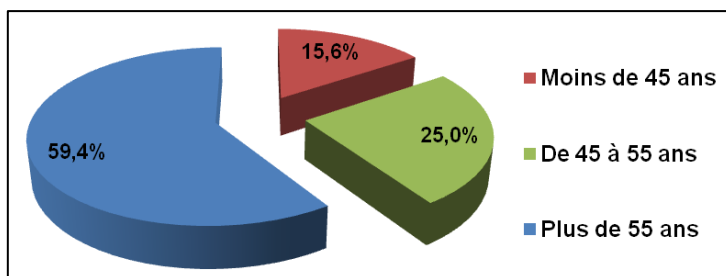
II) Profil de la population étudiée

II.1) Profil des médecins répondants

II.1.1) Âge

L'âge moyen des médecins ayant effectivement participé à l'étude est de 51,2 ans (+/- 6,9 ans). Le plus jeune a 30 ans et le plus âgé a 64 ans. La médiane est à 52,5 ans. Pour la suite de l'analyse, nous avons réalisé une discrétisation par classes d'âge (Figure 7).

Figure 7 : Répartition des médecins répondants par classes d'âge



II.1.2) Sexe

L'échantillon des médecins répondants comporte 23 hommes (71,88 %) et 9 femmes (28,12 %).

69,23 % des médecins femmes ont répondu, contre 62,16 % des hommes. L'échantillon des médecins répondants est représentatif de l'échantillon de départ, en ce qui concerne la répartition par sexe ($p > 0,05$)

II.1.3) Lieu d'exercice

La répartition des médecins répondants, par lieu d'exercice, ainsi que le taux de réponse de chaque catégorie, sont représentés ci-dessous (Figure 8 et Figure 9).

Figure 8 : Répartition des médecins répondants, par lieu d'exercice

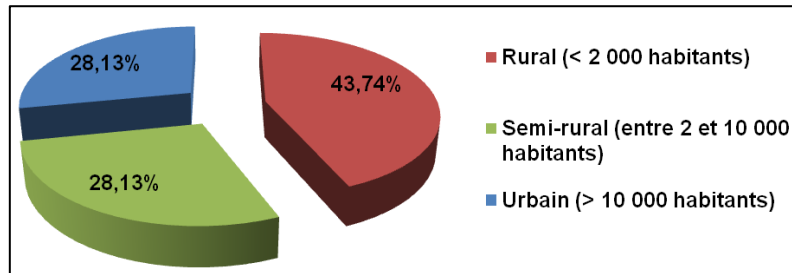
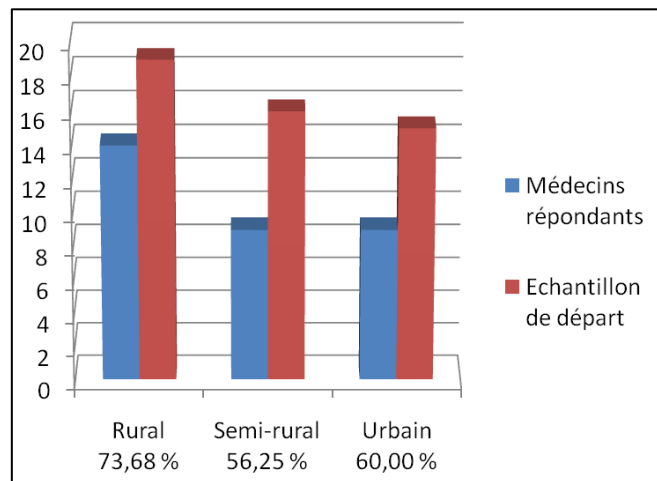


Figure 9 : Taux de réponse des médecins, par lieu d'exercice



L'échantillon des médecins répondants est représentatif de l'échantillon de départ, en ce qui concerne la répartition par lieu d'exercice ($p > 0,05$)

II.1.4) Mode d'exercice

La répartition des médecins répondants, par mode d'exercice, ainsi que le taux de réponse de chaque catégorie, sont représentés ci-dessous (Figure 10 et Figure 11).

Figure 10 : Répartition des médecins répondants, par mode d'exercice

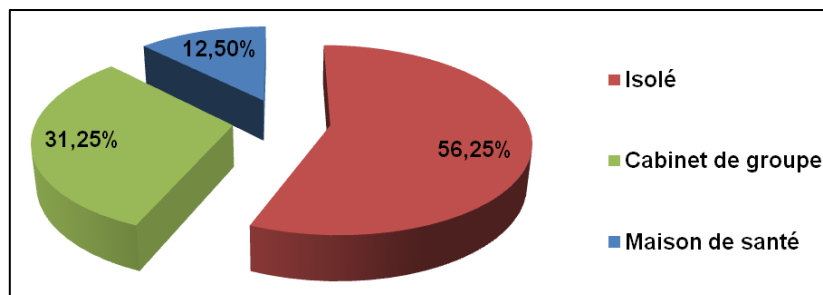
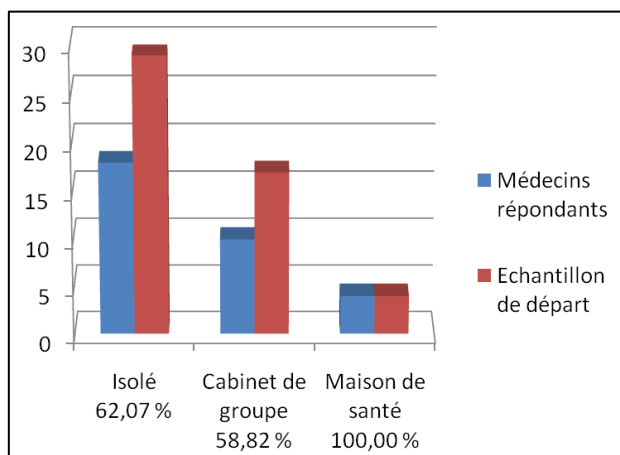


Figure 11 : Taux de réponse des médecins, par mode d'exercice



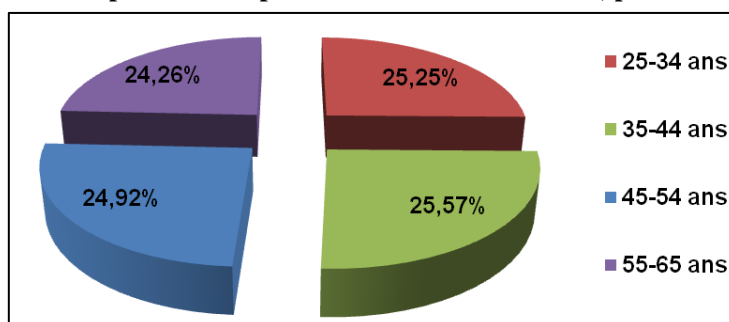
L'échantillon des médecins répondants est représentatif de l'échantillon de départ, en ce qui concerne la répartition par mode d'exercice ($p > 0,05$).

II.2) Âge des patientes incluses

Les patientes incluses dans cette étude ont un âge moyen de 44,02 ans (+/- 11,61). La plus jeune a 25 ans et la plus âgée a 65 ans. La médiane est à 44 ans.

Là encore, nous avons réalisé, pour la suite de l'analyse, une discrétisation par classes d'âge (Figure 12).

Figure 12 : Répartition des patientes incluses dans l'étude, par classes d'âge



Nous avons comparé cette répartition à celle de l'ensemble de la population Lorraine, selon les données de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques) (45). La répartition, par classes d'âges, de la population féminine incluse dans cette étude, est comparable à celle de la population féminine lorraine, sans différence statistique significative (respectivement pour les quatre classes d'âge, par ordre croissant : $p = 0,79$ / $p = 0,80$ / $p = 0,60$ / $p = 0,63$).

III) Intérêt des médecins pour l'étude

III.1) Nombre de dossiers inclus

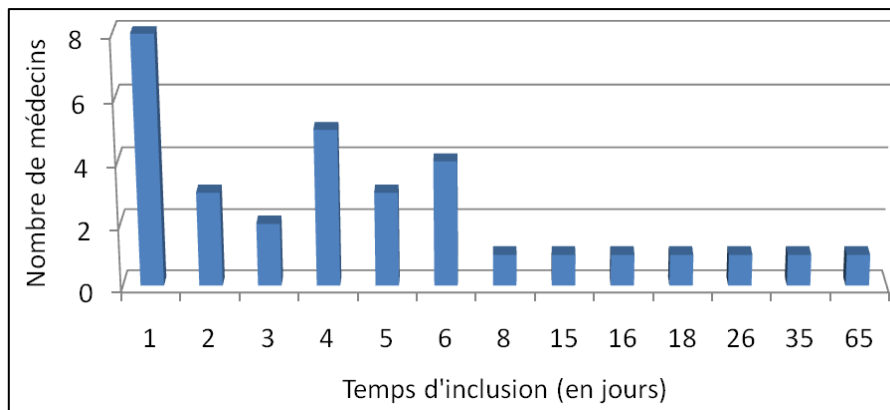
Parmi les 32 médecins ayant participé à l'étude :

- 28 médecins ont inclus 10 patientes,
- 2 médecins ont inclus 9 patientes,
- 1 médecin a inclus 4 patientes,
- 1 médecin a inclus 3 patientes,

III.2) Temps d'inclusion

Nous avons calculé le nombre de jours mis par chaque médecin pour inclure ses patientes (Figure 13).

Figure 13 : Temps nécessaire aux médecins investigateurs pour inclure leurs patientes



Ces médecins ont mis en moyenne 9,09 jours (+/- 13,10 jours) pour inclure la totalité de leurs patientes. Ils ont mis de 1 à 65 jours pour cette inclusion. La médiane est à 4 jours.

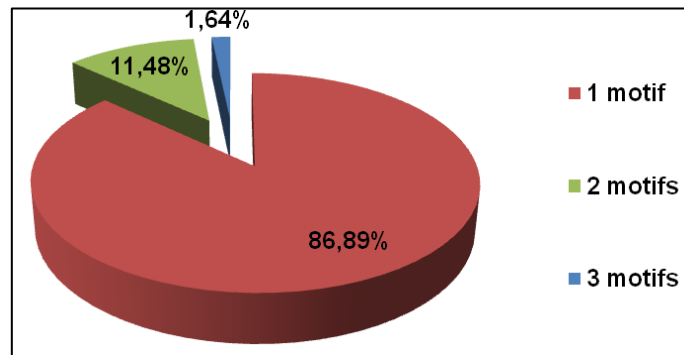
A noter que le médecin qui a inclus 3 patientes fait partie des médecins qui ont mis 1 jour pour leurs inclusions. Quant à celui pour qui l'inclusion a pris 65 jours, c'est celui qui a inclus 4 patientes. Le temps d'inclusion n'a pas été significativement différent en fonction de l'âge, du sexe, du lieu ou du mode d'exercice des médecins.

IV) Motifs de consultation des patientes

IV.1) Nombre de motifs par consultation

Les patientes ont consulté pour, en moyenne 1,15 (+/- 0,40) motif de consultation. Il y a, dans chaque consultation, de 1 à 3 motifs de consultation (Figure 14). La médiane est à 1,0.

Figure 14 : Taux d'unique, double et triple motif de consultation



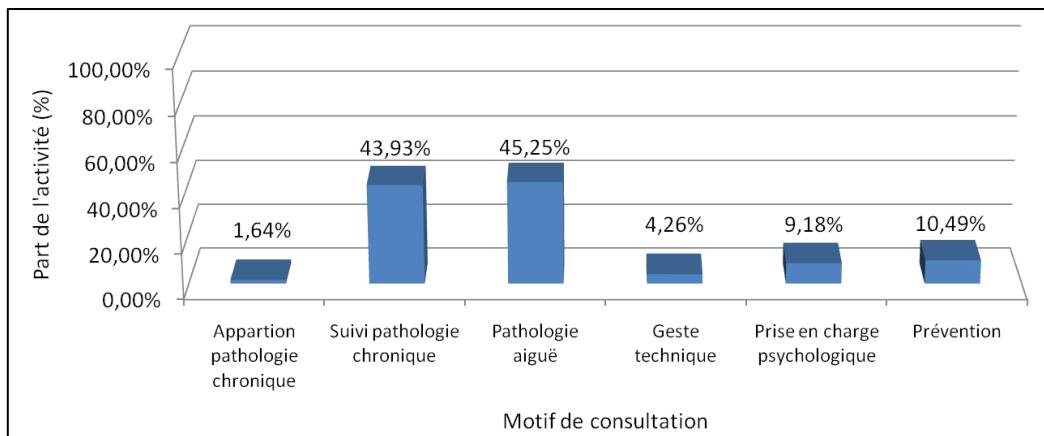
A noter que le nombre de motifs de consultation n'est influencé ni par les caractéristiques du médecin ni par l'âge des patientes.

IV.2) Types de motifs de consultation

IV.2.1) Chez l'ensemble des répondants

Nous avons ensuite calculé la part de chaque motif de consultation dans l'activité de chacun des médecins investigateurs (Figure 15).

Figure 15 : Part de chaque motif de consultation dans l'activité des médecins investigateurs

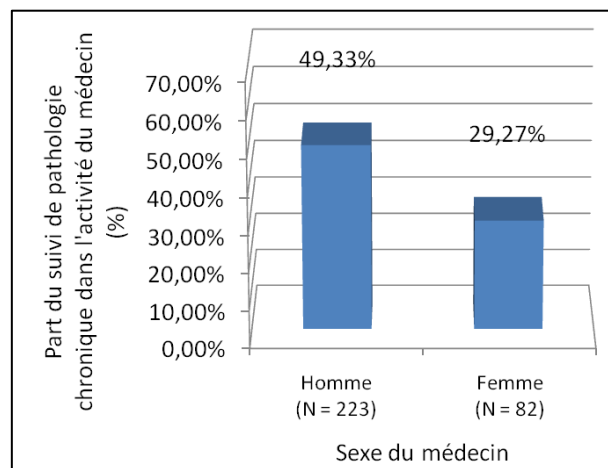


Nous avons ensuite comparé la part de ces motifs de consultations, en fonction des caractéristiques des médecins puis des patientes. Cependant, nous avons choisi de ne présenter ici que les résultats qui mettaient en évidence une différence statistiquement significative.

IV.2.2) Influence du sexe des médecins sur le motif de consultation

Il y a davantage de consultations pour suivi d'une pathologie chronique (Figure 16) chez les médecins hommes que chez les médecins femmes ($p = 0,0018$).

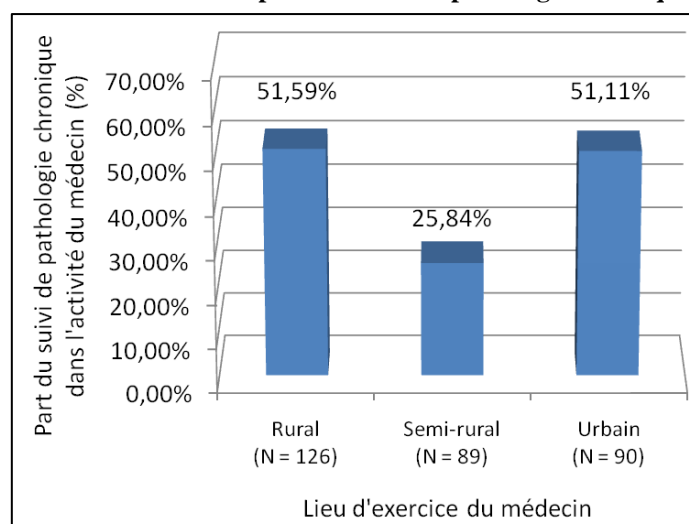
Figure 16 : Influence du sexe du médecin sur les consultations pour suivi d'une pathologie chronique



IV.2.3) Influence du lieu d'exercice des médecins sur le motif de consultation

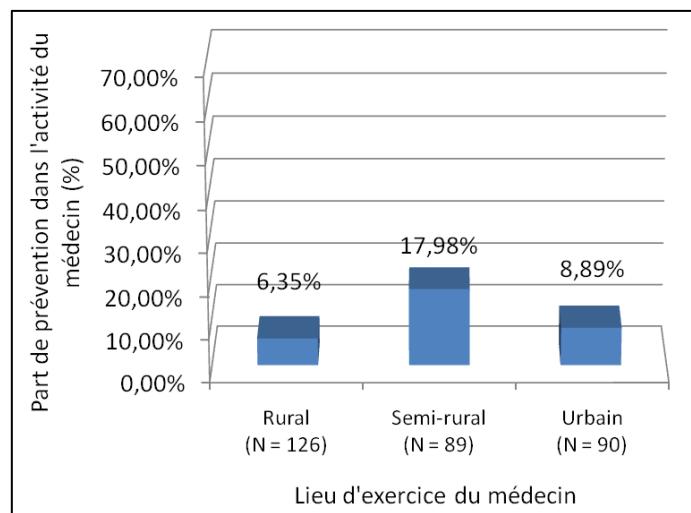
Il y a moins de consultations pour suivi d'une pathologie chronique (Figure 17) chez les médecins qui exercent en zone semi-rurale ($p = 0,000197$).

Figure 17 : Influence du lieu d'exercice du médecin sur les consultations pour suivi d'une pathologie chronique



Les médecins exerçant en milieu semi-rural (Figure 18) ont une activité de prévention plus importante ($p = 0,0254$).

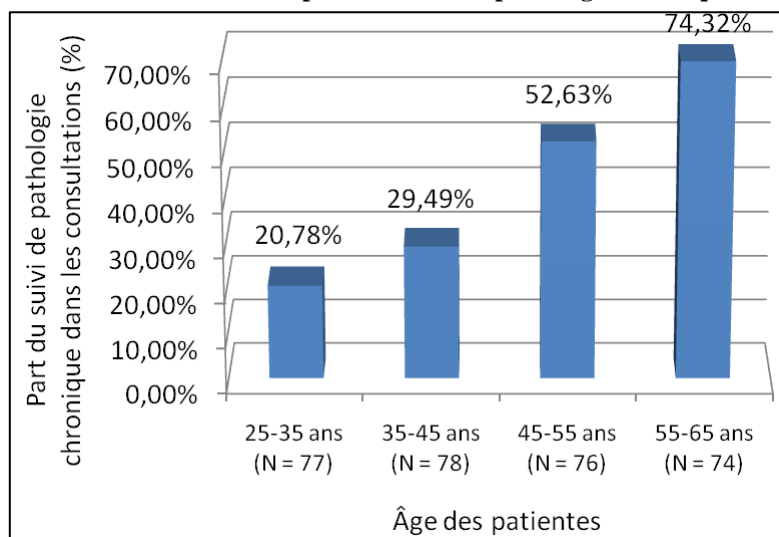
Figure 18 : Influence du lieu d'exercice du médecin sur les consultations pour prévention



IV.2.4) Influence de l'âge des patientes sur les motifs de consultation

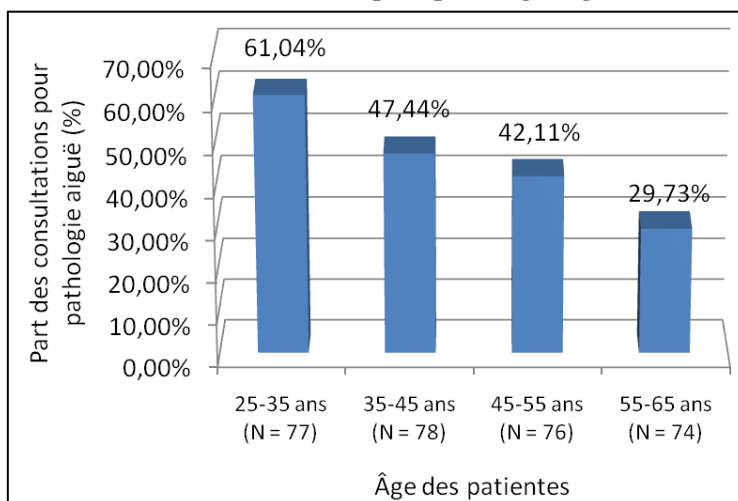
Il y a plus de consultations pour suivi d'une pathologie chronique (Figure 19) chez les patientes plus âgées ($p < 0,0001$).

Figure 19 : Influence de l'âge des patientes sur les consultations pour suivi d'une pathologie chronique



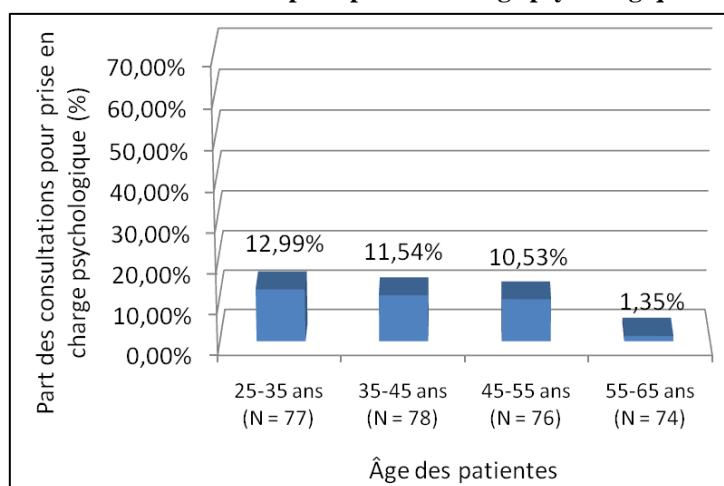
Inversement, plus les patientes sont jeunes (Figure 20) et plus elles consultent pour une pathologie aiguë ($p = 0,00014$).

Figure 20 : Influence de l'âge des patientes sur les consultations pour pathologie aiguë



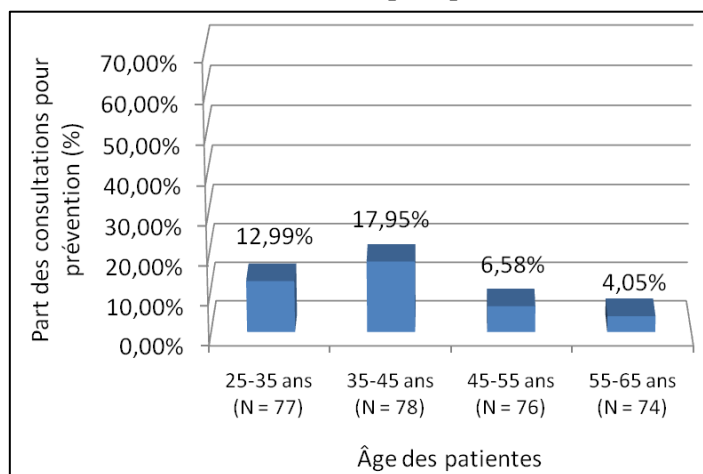
Il y a également davantage de prises en charge psychologiques (Figure 21) dans les tranches plus jeunes ($p = 0,0253$).

Figure 21 : Influence de l'âge des patientes sur les consultations pour prise en charge psychologique



Les patientes plus jeunes, et en particulier entre 35 et 45 ans (Figure 22), consultent également plus souvent pour des actes de prévention ($p = 0,0216$).

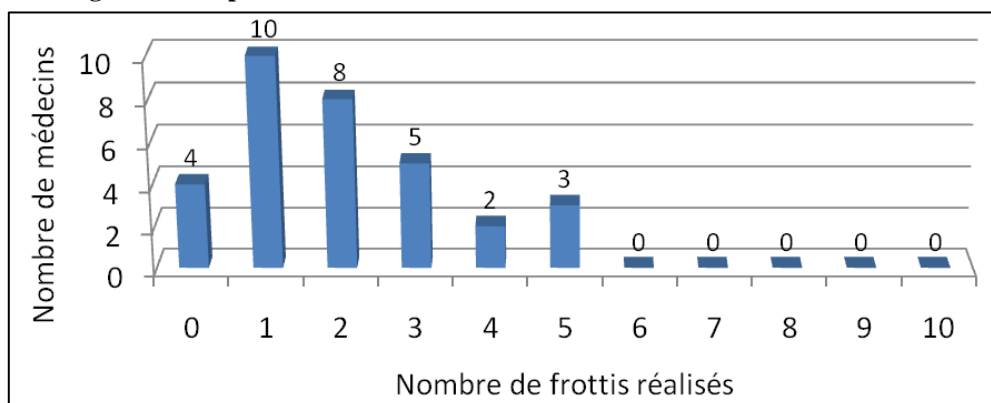
Figure 22 : Influence de l'âge des patientes sur les consultations pour prévention



V) Réalisation du dernier frottis par le médecin généraliste

Parmi les 305 dossiers étudiés, 64 d'entre eux font mention d'un frottis cervico-utérin réalisé par le médecin généraliste, soit 20,98 %. Le nombre de frottis réalisé par chaque médecin va de 0 à 5 (Figure 23).

Figure 23 : Répartition des médecins en fonction du nombre de frottis réalisés



Il faut noter que le taux de frottis réalisés n'est influencé ni par les caractéristiques du médecin (sexe, âge, lieu et mode d'exercice) ni par l'âge des patientes.

VI) Retour d'informations vers le médecin généraliste

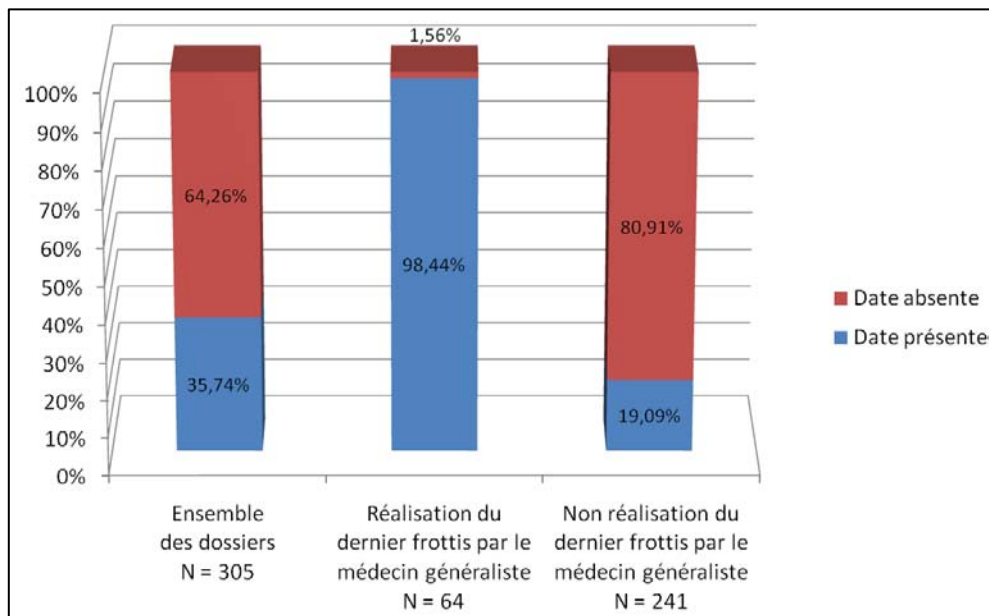
Parmi les 241 dossiers où le dernier frottis cervico-utérin n'a pas été réalisé par le médecin généraliste, 29 font mention d'un retour d'informations, soit **12,03 %**. Là encore, nous n'avons mis en évidence aucune influence des caractéristiques des médecins généralistes et des patientes sur ce retour d'informations.

VII) Date du dernier frottis cervico-utérin

VII.1) Présence de la date du dernier frottis dans le dossier

Nous avons représenté ci-dessous (Figure 24) le taux de présence de la date du dernier frottis, en fonction de la réalisation ou non du frottis par le médecin généraliste.

Figure 24 : Présence de la date du dernier frottis dans le dossier médical



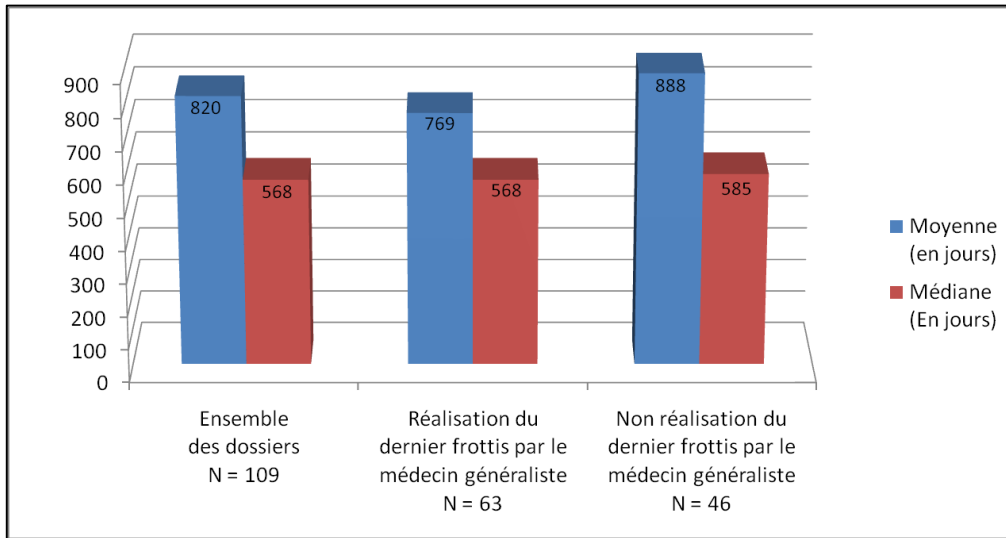
La présence de la date du dernier frottis dans le dossier médical n'est influencée ni par les caractéristiques du médecin généraliste ni par l'âge de la patiente. En revanche, les dates des derniers frottis réalisés par le médecin généraliste sont plus souvent présentes dans le dossier ($p < 0,0001$).

VII.2) Âge du dernier frottis

VII.2.1) Âge moyen du dernier frottis

Nous avons représenté ci-dessous (Figure 25) l'âge moyen du dernier frottis, en fonction de la réalisation ou non du frottis par le médecin généraliste.

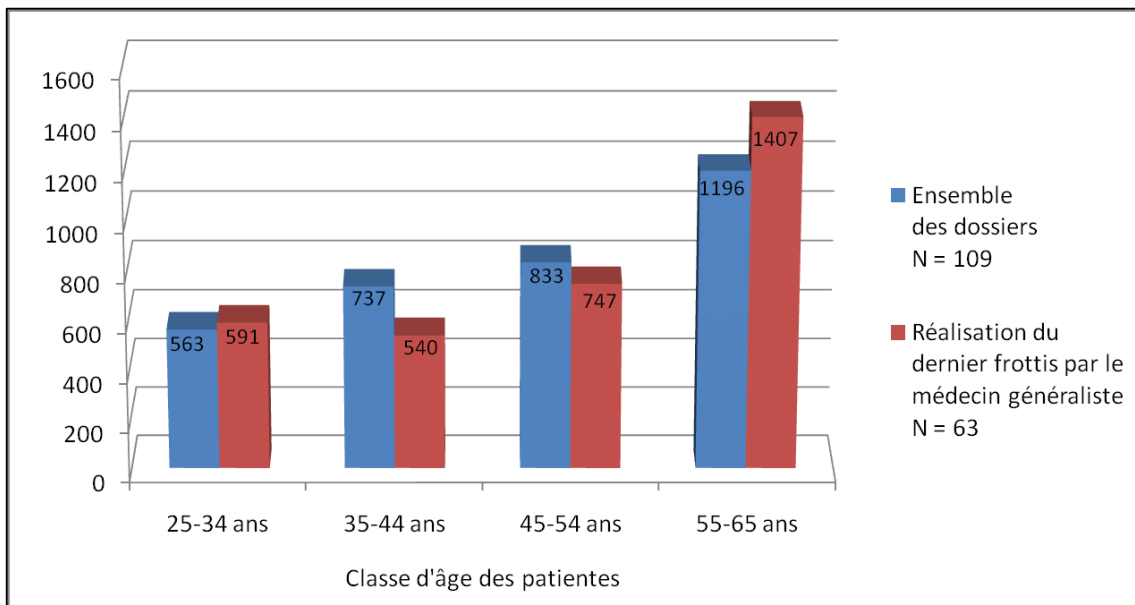
Figure 25 : Âge moyen du dernier frottis, selon sa réalisation ou non par le médecin généraliste



L'âge moyen du dernier frottis n'est pas influencé par les caractéristiques du médecin généraliste. Il n'est pas non plus influencé par la réalisation ou non du frottis par le médecin généraliste ($p = 0,4479$).

En revanche, l'âge moyen du dernier frottis est directement influencé par l'âge des patientes, qu'il ait été réalisé ou non par le médecin généraliste (Figure 26).

Figure 26 : Âge moyen du dernier frottis en fonction de l'âge des patientes



Ainsi, sur l'ensemble des dossiers, les patientes plus jeunes ont des frottis plus récents ($p = 0,03$) avec une différence encore plus significative entre les 25-34 ans et les 55-65 ans ($p = 0,0054$). Parmi les frottis réalisés par les médecins généralistes, on observe la même relation ($p = 0,0077$), avec une significativité majorée entre les classes 55-65 ans d'une part et les classes 25-34 ans ($p = 0,0063$) et 35-44 ans ($0,0123$) d'autre part.

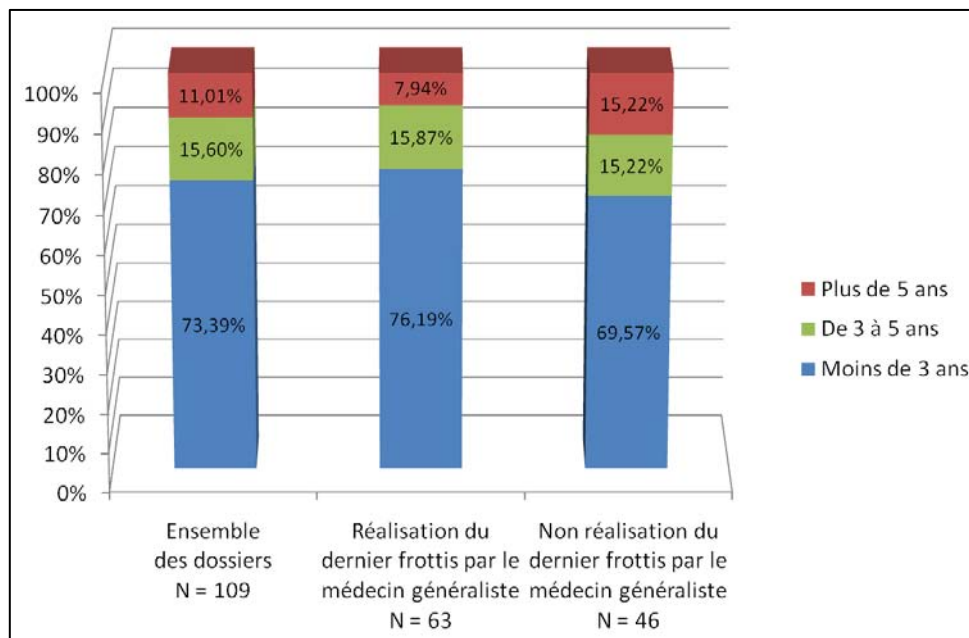
VII.2.2) Taux de frottis à jour

Nous avons ensuite réalisé une discrétisation des âges des frottis en 3 classes :

- moins de 3 ans : frottis à jour selon les recommandations françaises (cf. II.2.1) ;
- de 3 à 5 ans : frottis à jour selon les recommandations européennes (cf. II.2.1) ;
- plus de 5 ans : frottis non à jour.

Le taux de frottis correspondant à chacune de ces classes est présenté ci-dessous (Figure 27).

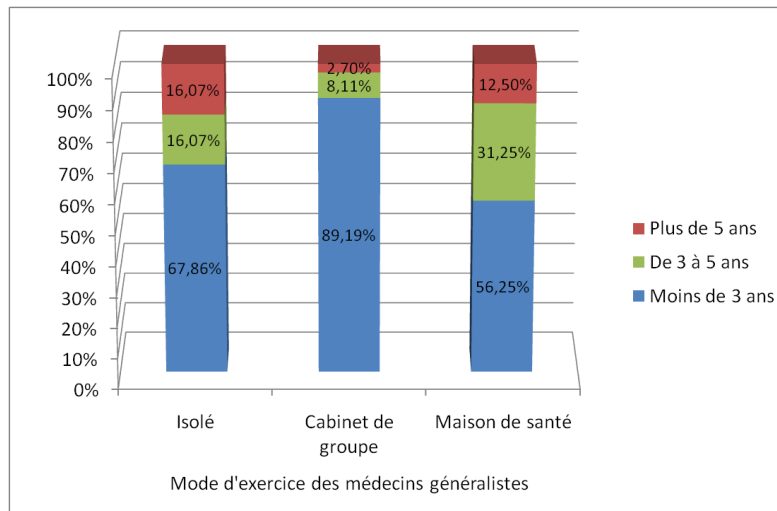
Figure 27 : Taux de frottis à jour, en fonction de sa réalisation ou non par le médecin généraliste



La réalisation ou non du frottis par le médecin généraliste n'influence pas le taux de frottis à jour ($p = 0,3112$).

Les caractéristiques des médecins n'influencent pas le taux de frottis à jour en dehors du mode d'exercice (Figure 28)

Figure 28 : Taux de frottis à jour, selon le mode d'exercice des médecins généralistes (ensemble des dossiers)

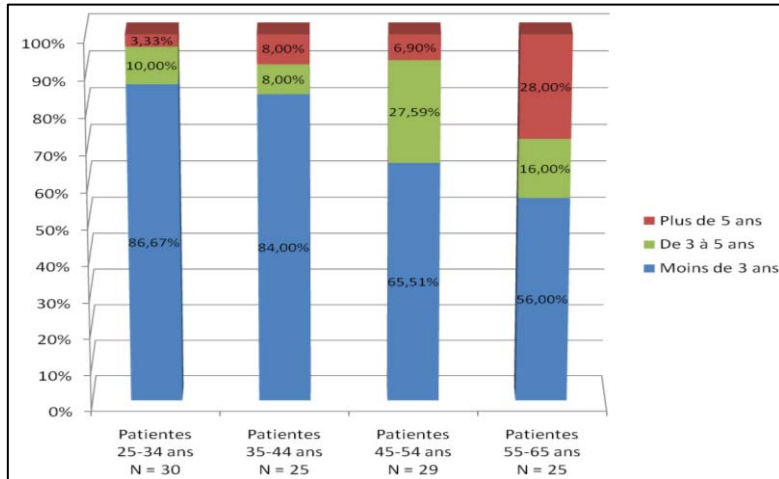


Ainsi, on trouve plus de frottis datant de 3 à 5 ans dans les maisons de santé, tandis que les dossiers des médecins exerçant de manière isolée ou en cabinet de groupe comportent plus de frottis de moins de 3 ans ($p = 0,0358$). Cette différence significative n'est pas retrouvée dans les dossiers où les frottis ont été réalisés par les médecins généralistes ($p = 0,5843$).

En revanche, avec la limite d'effectifs faibles, les résultats mettent en évidence une influence de l'âge des patientes sur le fait que le frottis soit ou non à jour, que ce soit sur l'ensemble des dossiers (Figure 29) ou sur ceux où le frottis a été réalisé par le médecin généraliste (Figure 30).

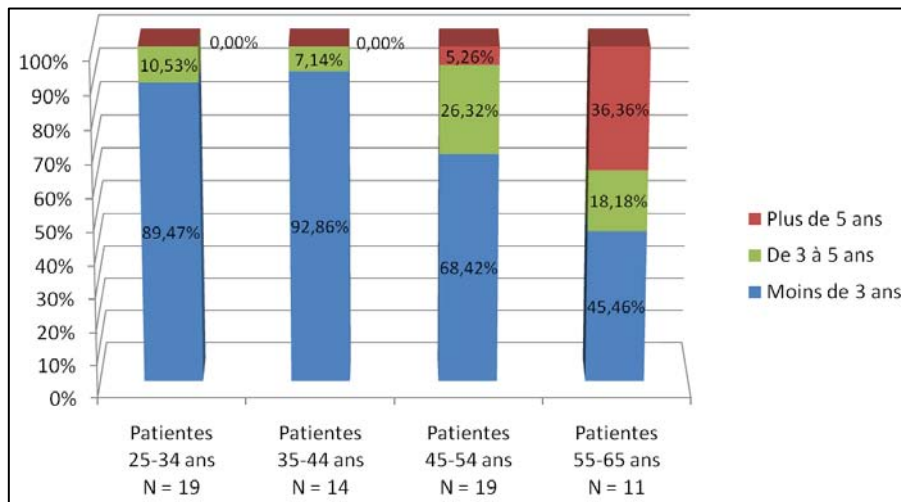
Ainsi, sur l'ensemble des dossiers, les frottis de moins de 3 ans ont été pratiqués surtout chez les femmes de 25 à 44 ans, les frottis entre 3 et 5 ans plutôt chez les femmes de 45 et 54 ans et les frottis de plus de 5 ans en majorité chez les femmes au delà de 55 ans ($p = 0,03268$).

Figure 29 : Répartition de l'âge des frottis, selon l'âge des patientes, sur l'ensemble des dossiers



De même, parmi les frottis réalisés par les médecins généralistes, les frottis de moins de 3 ans ont été pratiqués surtout chez les femmes de 25 à 44 ans, les frottis entre 3 et 5 ans plutôt chez les femmes de 45 et 54 ans et les frottis de plus de 5 ans en majorité chez les femmes au delà de 55 ans ($p = 0,0127$).

Figure 30 : Répartition de l'âge des frottis réalisés par les médecins généralistes, selon l'âge des patientes

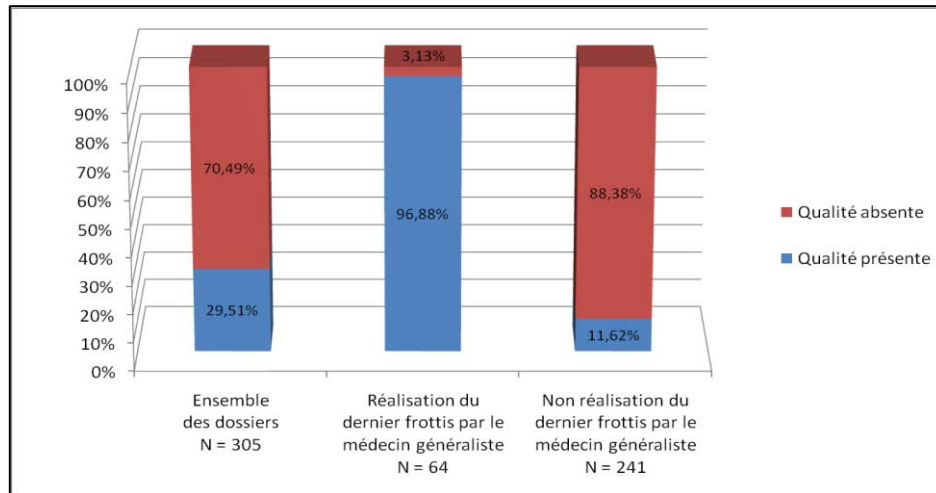


VIII) Qualité des frottis cervico-utérins

VIII.1) Présence de la qualité dans le dossier

Nous avons représenté ci-dessous (Figure 31) le taux de présence de la qualité du dernier frottis, en fonction de sa réalisation ou non par le médecin généraliste.

Figure 31 : Présence de la qualité du dernier frottis dans le dossier, en fonction de sa réalisation ou non par le médecin généraliste

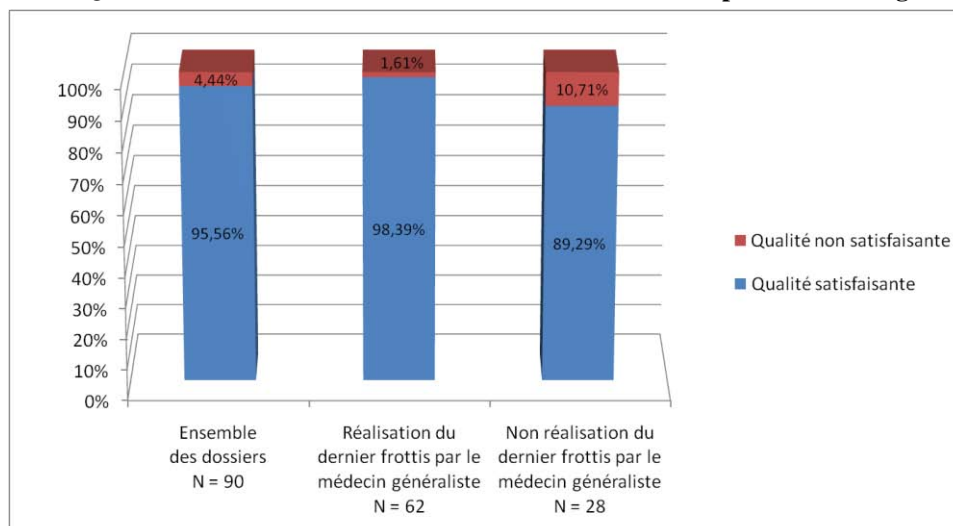


L'information sur la qualité du dernier frottis est plus souvent présente lorsque ce frottis a été réalisé par le médecin généraliste, que lorsqu'il n'a pas réalisé ce frottis ($p < 0,0001$).

VIII.2) Qualité du dernier frottis

Nous avons ensuite étudié, parmi les dossiers renseignés sur la qualité, la proportion de frottis de qualité satisfaisante (Figure 32).

Figure 32 : Qualité des frottis en fonction de leur réalisation ou non par le médecin généraliste

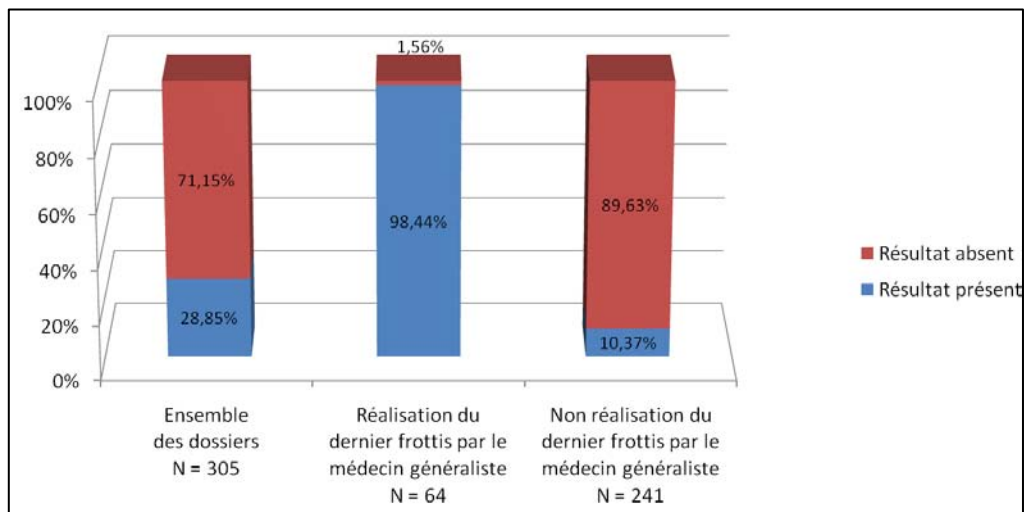


Ces chiffres montrent des frottis de meilleure qualité lorsqu'il a été réalisé par le médecin généraliste ($p = 0,02$)

IX) Résultat du dernier frottis cervico-utérin

Nous avons représenté ci-dessous (Figure 33) le taux de présence du résultat du dernier frottis, en fonction de la réalisation ou non du frottis par le médecin généraliste.

Figure 33 : Présence du résultat du dernier frottis dans le dossier médical

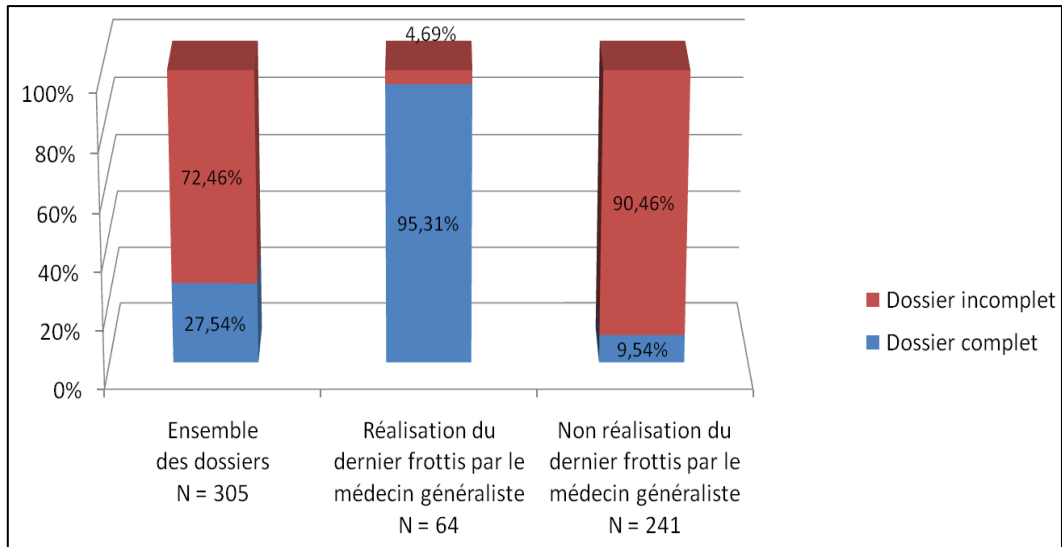


La présence du résultat du dernier frottis dans le dossier médical n'est influencée ni par les caractéristiques du médecin généraliste ni par l'âge de la patiente. En revanche, le résultat du dernier frottis est plus souvent présent dans le dossier quand il est réalisé par le médecin généraliste ($p < 0,0001$).

X) Dossiers complets

Nous avons ensuite étudié les dossiers complets (Figure 34), c'est-à-dire les dossiers qui comprenaient à la fois la date, la qualité et le résultat du dernier frottis cervico-utérin.

Figure 34 : Dossiers médicaux complets pour les informations relatives au dernier frottis

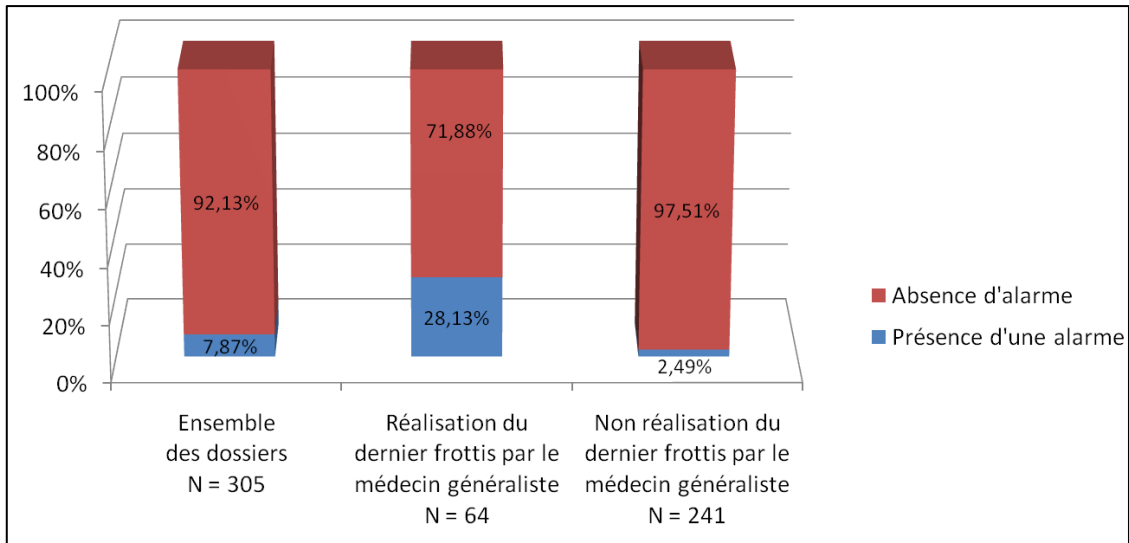


Les caractéristiques des médecins généralistes et des patientes n'influencent pas le caractère complet des dossiers médicaux. Par contre, les dossiers sont plus souvent complets lorsque le médecin généraliste a réalisé le dernier frottis cervico-utérin ($p < 0,0001$).

XI) Résultats relatifs à la planification du prochain frottis

Nous avons étudié la présence d'une alarme avertissant le médecin généraliste de la date du prochain frottis (Figure 35).

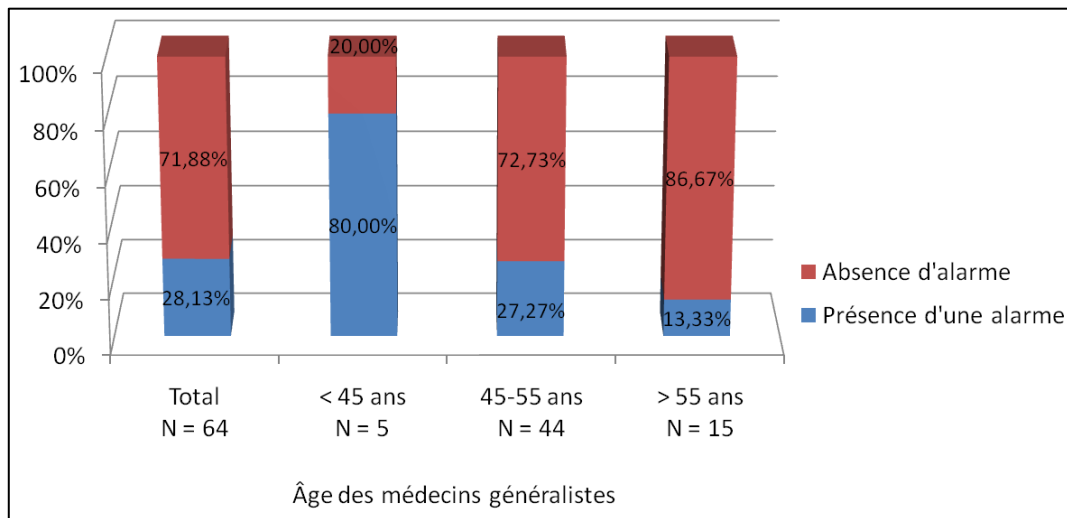
Figure 35 : Présence, dans le dossier, d'une alarme avertissant de la date du prochain frottis



Il y a plus souvent des alarmes dans les dossiers médicaux lorsque le dernier frottis a été réalisé par le médecin généraliste ($p < 0,0001$).

Par ailleurs, lorsque le dernier frottis a été réalisé par un médecin généraliste, l'âge de ce médecin influence directement la présence ou non d'une alarme (Figure 36).

Figure 36 : Influence de l'âge des médecins généralistes sur la présence d'une alarme, lorsqu'ils ont réalisé le dernier frottis



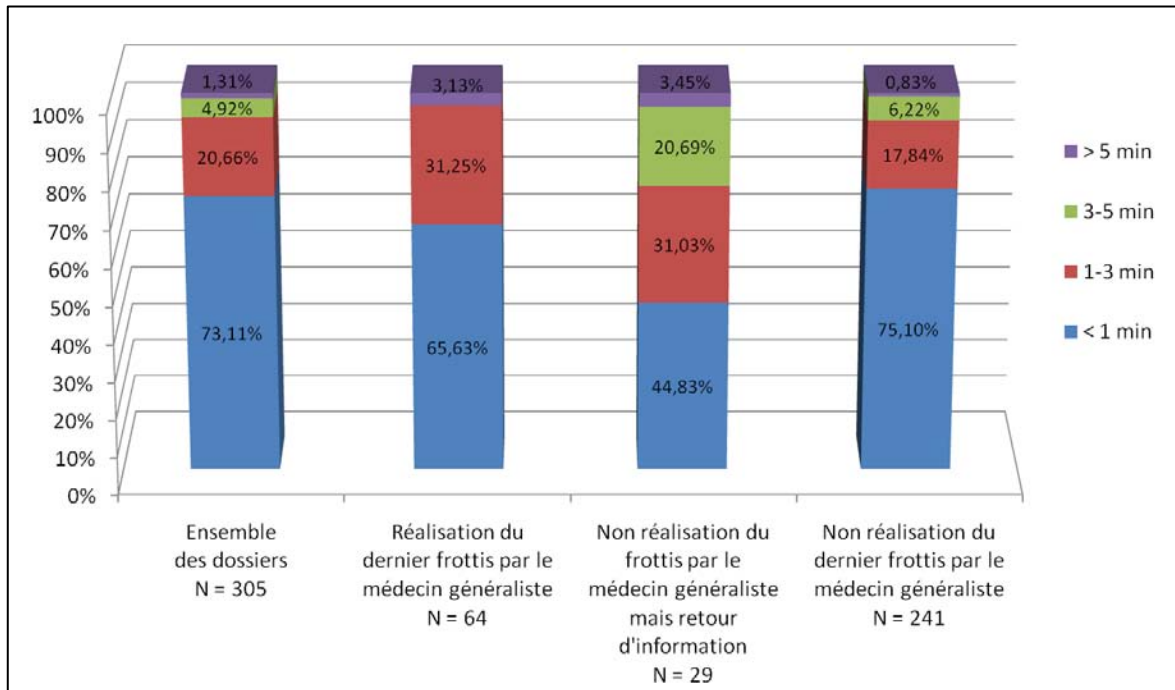
En effet, les médecins généralistes les plus jeunes ont plus souvent un système d'alarme dans leurs dossiers médicaux ($p = 0,0199$).

XII) Résultats relatifs à l'accessibilité des données

XII.1) Temps d'accès déclaré

Nous avons étudié le temps que les médecins généralistes ont déclaré avoir mis pour accéder aux données (Figure 37).

Figure 37 : Temps d'accès aux informations relatives au dépistage du cancer du col cervical

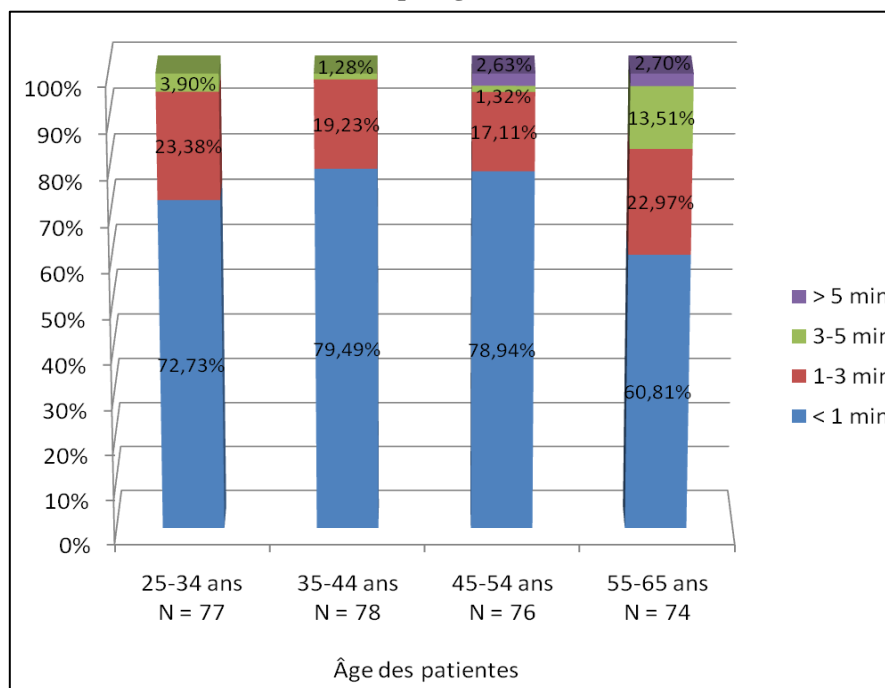


Ils ont mis moins de temps à accéder aux données lorsqu'ils n'avaient pas réalisé le dernier frottis ($p = 0,0075$).

Cependant, ils ont mis moins de temps pour accéder aux données lorsqu'ils ont réalisé eux-même le dernier frottis que lorsqu'il a été réalisé par quelqu'un d'autre avec retour d'information. La différence n'est alors pas significative, mais avec une réelle tendance ($p = 0,059$).

Par ailleurs le seul facteur d'influence de ce temps d'accès, que nous ayons mis en évidence, est l'âge des patientes (Figure 38).

Figure 38 : Influence de l'âge des patientes sur le temps d'accès aux données relatives au dépistage du cancer du col



En effet, les données paraissent accessibles plus rapidement pour la tranche d'âges des patientes 35-44 ans et 45-54 ans ($p = 0,0101$).

Les caractéristiques des médecins n'influencent pas ce temps d'accès.

XII.2) Temps de remplissage des formulaires

Grâce au recueil de l'heure de début et de l'heure de fin du remplissage de chaque formulaire, nous avons pu calculer le temps réellement mis pour remplir chaque formulaire.

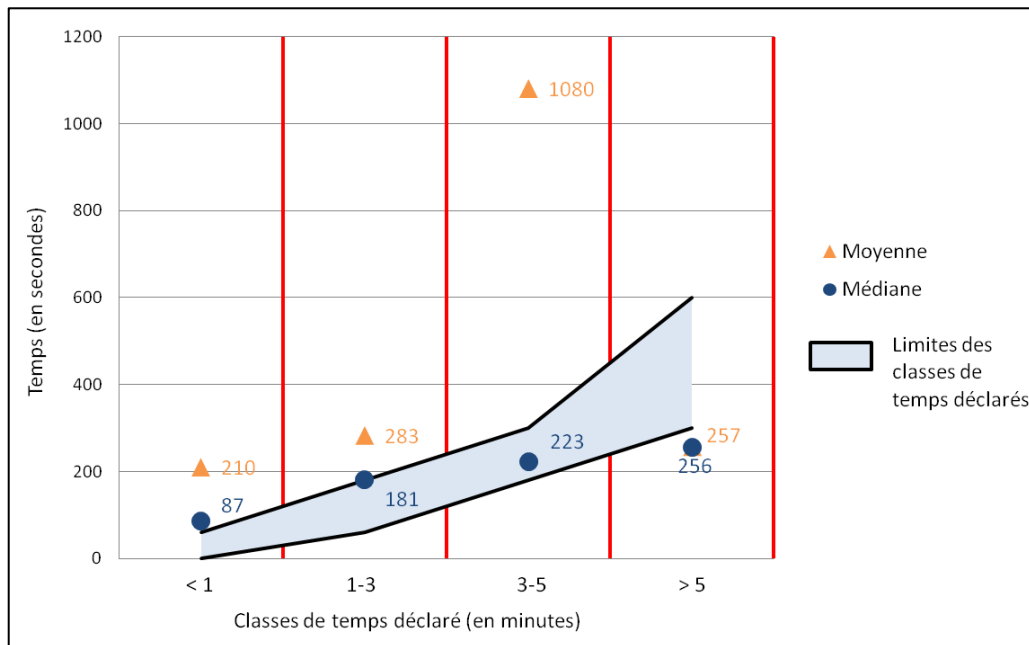
Ce temps moyen est de 268,62 +/- 834,49 secondes, soit 4 minutes et 28 secondes en moyenne. Le formulaire le plus rapidement rempli l'a été en 23 secondes. Le plus lentement rempli l'a été en 9512 secondes (2 heures, 38 minutes et 32 secondes) !!! La médiane est à 104 secondes (1 minute et 44 secondes).

Ce temps de remplissage n'est influencé ni par les caractéristiques des médecins ni par l'âge des patientes.

XII.3) Comparaison entre temps d'accès déclaré et temps de remplissage

Nous avons ensuite comparé ces deux données (Figure 39).

Figure 39 : Comparaison entre temps d'accès déclaré aux données et temps réel de remplissage des formulaires (moyenne et médiane)



La distribution n'est pas normale. Les moyennes de temps de remplissage ne correspondent pas aux classes de temps déclaré ($p < 0,0001$). En revanche, si l'on considère les médianes, les progressions entre temps déclarés et temps réels sont logiques.

DISCUSSION

I) Discussion sur la méthodologie

I.1) Points faibles

Le principal point faible de cette étude, que nous avons identifié dès son début, tient essentiellement au biais de sélection liés à la méthodologie utilisée.

I.1.1) Biais de sélection des médecins investigateurs

Ces médecins font en effet partie d'une association d'évaluation des pratiques professionnelles et on peut penser que cet investissement est à mettre en rapport avec des pratiques plus conformes aux référentiels.

Cependant, cet élément est à pondérer par plusieurs éléments.

L'ASOQS est une association relativement jeune (page 31, II.1.1) qui n'a donc pas encore pu influencer sur les pratiques de ces médecins, d'autant que, au début de cette étude, le dépistage du cancer du col de l'utérus ne faisait pas encore partie des axes de travail de l'association. Ainsi en témoigne l'étude de représentativité présentée (page 32, II.1.3), qui montre que leur activité et leurs prescriptions diffèrent peu de celles de leurs confrères lorrains.

De même, l'hétérogénéité des informations obtenues au cours de cette étude confirme l'hétérogénéité des pratiques au sein de notre échantillon de médecins investigateurs, et modère donc également le biais de sélection de ces médecins.

I.1.2) Biais de recrutement des patientes

A priori, un premier biais de recrutement était induit par notre méthodologie. En effet, l'inclusion des patientes se faisait à la seule initiative des médecins investigateurs. Les médecins investigateurs pouvaient donc inclure 10 patientes qui ne soient pas forcément les 10 premières patientes vues en consultation. Ce biais est en partie confirmé par la grande variabilité des délais d'inclusion (page 42, III.2).

Cependant, ce biais est à modérer pour plusieurs raisons.

L'hétérogénéité des informations obtenues, pour chaque médecin est en effet en défaveur d'une inclusion « sélective ».

D'autre part, les médecins investigateurs font partie d'une association d'évaluation des pratiques professionnelles. Ils sont donc dans une dynamique d'amélioration des pratiques, intéressés par ce type de démarche, et n'avaient aucun intérêt à « cacher » des informations, qui plus est anonymes.

En fait, nous pensons que cette variabilité est plutôt à mettre en lien avec des activités diverses. Ainsi, certains médecins ont sans doute une patientèle plus âgée et ont dû mettre plus de temps pour recevoir, en consultation, des patientes concernées par l'étude.

Par ailleurs, nous devons reconnaître que le remplissage des formulaires entraînait un surcroît de travail, non rémunéré, et que certains médecins n'ont pas eu le temps d'inclure réellement les 10 premières patientes, sans pour autant les sélectionner. Il aurait donc peut-être fallu choisir un autre mode d'inclusion (par exemple, les 2 premières patientes de chaque journée, pendant 5 jours).

I.1.3) Taille de l'échantillon

Notre échantillon est de petite taille et ne permet pas de tirer des conclusions définitives sur le sujet.

Il aurait été difficile de mener cette étude à plus grande échelle, surtout dans un travail de thèse. Une étude de plus grande envergure aurait nécessité un financement spécifique, notamment pour rémunérer les médecins investigateurs.

Par ailleurs, notre échantillon est comparable, en termes de taille, à celui d'une étude similaire, menée en Alsace (41), sur le contenu des dossiers médicaux des médecins généralistes. Cette étude avait ainsi inclus 37 médecins (contre 32 pour la nôtre) et 224 patientes (contre 305 pour la nôtre).

I.2) Points forts

I.2.1) Une étude originale

Nous n'avons pas retrouvé d'étude identique dans la littérature. Dans le paragraphe précédent, nous évoquons une étude alsacienne similaire (41). Cette étude a effectivement étudié les dossiers médicaux de médecins généralistes appartenant à des groupes de pairs, en leur demandant de vérifier si ces dossiers comportaient diverses informations relatives au dépistage des cancers.

Cependant, en ce qui concerne le dépistage du cancer du col, elle ne s'est intéressée qu'à deux éléments : la date et le résultat du dernier frottis. En outre, cette étude s'est tenue dans un département où le dépistage est organisé.

Notre étude est donc la première à s'intéresser à de nombreux éléments du dépistage du cancer du col utérin, et ce dans une région où le dépistage est, comme dans la plupart des régions françaises, un dépistage individuel.

I.2.2) Une dimension régionale

La répartition des médecins de l'ASOQS, comme nous l'avons vu plus haut, a permis d'interroger des médecins généralistes installés sur l'ensemble du territoire lorrain. Nous avons donc une « photographie » intéressante de la situation régionale.

I.2.3) Une méthode de recueil performante

Le recueil de données par un module informatique est un recueil performant.

Ainsi, un travail de thèse (46) a notamment comparé le taux de réponse d'un même questionnaire envoyé à la fois sous format papier et sous format informatique. Le taux de réponse a été de 33 % pour le format papier et de 57 % pour le format informatique.

La performance de ce recueil informatique se retrouve dans notre travail puisque nous avons obtenu un taux de réponse important (page 39, I) et que le taux de remplissage de plus de 95 % est un taux rarement retrouvé dans des études de ce type.

Enfin, l'impossibilité de valider un formulaire incomplet a permis de n'obtenir aucune donnée manquante.

I.2.4) Une collaboration intéressante entre plusieurs acteurs

Comme nous l'avons expliqué plus tôt (page 34, III.1), nous avons utilisé les compétences informatiques d'un étudiant de DCEM 3.

Outre la mise en ligne d'un outil de recueil des données performant, nous souhaitons souligner l'intérêt majeur de cette collaboration, qui nous a permis d'investir un étudiant dans un travail de recherche en médecine générale, et de le confronter ainsi précocement à cet aspect méconnu de notre discipline.

II) Discussion générale sur les résultats

II.1) Représentativité de nos échantillons

Notre échantillon de médecins répondant est représentatif de l'échantillon de départ pour le sexe, le lieu et le mode d'exercice (page 39, II.1).

L'âge moyen des médecins de cet échantillon est comparable à celui des médecins généralistes lorrains (51,2 ans contre 50,2 ans).

Enfin, notre échantillon de patientes incluses est représentatif, pour l'âge, de la population féminine lorraine (page 41, II.2).

Ainsi, malgré les biais de notre étude, nous avons pu obtenir une « photographie » relativement conforme du contenu des dossiers médicaux des médecins généralistes.

II.2) Intérêt des médecins pour l'étude

Sans revenir sur le taux de remplissage que nous avons discuté un peu plus haut, l'intérêt des médecins généralistes pour cette étude a été indéniable. Ils ont répondu en nombre et relativement rapidement (page 42, III.2). Seuls 7 d'entre eux ont mis plus de 6 jours à remplir leurs formulaires. L'intérêt pour cette étude est sans doute aussi lié à l'intérêt des médecins généralistes pour sa thématique et donc pour le dépistage du cancer du col utérin.

III) Le médecin généraliste et la réalisation des frottis

III.1) Les généralistes réalisent une part importante des frottis

Les médecins généralistes de notre étude ont réalisé le dernier frottis chez 21 % de leurs patientes (page 47, V).

Pour les dossiers où nous n'avons pas d'information sur le dernier frottis, nous ne pouvons pas savoir si cette information manquante est liée à la non-réalisation du frottis ou à l'absence de retour d'information, ce qui ne nous permet pas de connaître le nombre de patientes ayant eu un frottis. Ainsi, pour appréhender au mieux la part des frottis réalisés par les médecins généralistes, nous nous sommes intéressés au frottis « à jour », c'est-à-dire aux frottis prélevés au cours des trois dernières années.

Pour ce faire, nous avons effectué le rapport du nombre de frottis à jour, réalisés par les médecins généralistes (Figure 27, page 50) sur le nombre total de frottis à jour, calculé selon les estimations du taux de couverture nationale, estimé à 58,7 % (24). La formule utilisée est la suivante :

$$\frac{\% \text{ frottis à jour x nb. de dossiers renseignés sur la date (parmi ceux réalisés par les MG)}}{\% \text{ frottis à jour selon les estimations nationales x nb. de dossiers}}$$

On obtient alors les chiffres suivants : $(76,19 \% \times 63) / (58,7 \% \times 305) = 26,8 \%$.

Ainsi, environ un quart des frottis de dépistage primaire sont en fait réalisés par les médecins généralistes. Ces chiffres sont supérieurs aux chiffres retrouvés dans plusieurs publications(33)(34) qui avancent que 10 à 20 % des frottis sont réalisés par les médecins généralistes.

Plusieurs explications sont à envisager.

D'une part, notre étude ne considère que les patientes « naïves » qui n'ont pas d'antécédent récent de frottis anormal, alors que les études ci-dessus prennent en compte l'ensemble des frottis réalisés, y compris les frottis de contrôle. Or, ces frottis sont sans doute plus volontiers réalisés par les gynécologues, notamment après une prise en charge spécialisée d'une lésion précancéreuse.

D'autre part, comme nous l'avons déjà vu plus haut(22), de nombreuses patientes sont sur-dépistées. Si les médecins généralistes prélèvent un quart des frottis de dépistage primaire, mais seulement 10 à 20 % de l'ensemble des frottis réalisés, c'est peut-être qu'ils prélèvent moins de frottis « inutiles » et respectent un peu mieux les recommandations quant au rythme de dépistage.

Enfin, la densité en gynécologues (42), un peu inférieure en Lorraine (8,39 pour 100 000 en 2007) qu'en France (8,88 pour 100 000 la même année), peut également expliquer en partie cette différence.

Quoiqu'il en soit, il semble que le médecin généraliste soit un acteur important de la réalisation des frottis, et plus important que les estimations de précédentes publications.

III.2) Certains préjugés à abandonner

En effet, il est intéressant de souligner que, dans notre étude, les médecins généralistes réalisent autant de frottis quelles que soient leurs caractéristiques étudiées et quel que soit l'âge des femmes.

Ces résultats vont à l'encontre de certains préjugés en vogue qui, bien que ne reposant sur aucun substratum scientifique, sont régulièrement avancés. Ainsi, les médecins femmes ne font pas plus de frottis que les hommes, les médecins urbains ne sont pas moins investis que les médecins ruraux et les femmes plus jeunes ne sont pas plus réticentes à la réalisation de leur frottis par un médecin généraliste que les femmes plus âgées.

III.3) Des frottis de bonne qualité

Nous avons montré que plus de 98 % des frottis réalisés par les médecins généralistes étaient de bonne qualité (page 53, VIII.2). Ce résultat est comparable à celui d'une étude de 2002 (47) qui montraient que 97,3 % des frottis réalisés par les médecins généralistes étaient de qualité satisfaisante. Dans une étude plus récente, réalisée en Alsace en 2005 (48), des chiffres comparables sont retrouvés, avec une qualité satisfaisante pour 99,6 % des frottis réalisés par les médecins généralistes.

Par ailleurs, cette qualité ne varie pas avec le nombre de frottis réalisés. Même les médecins qui réalisent peu de frottis (10 de nos investigateurs n'ont réalisé qu'un frottis sur 10 dossiers) réalisent des frottis de bonne qualité. Cet élément est retrouvé dans la même étude alsacienne de 2005 (48) où la qualité des frottis est identique quel que soit le nombre de frottis prélevés.

Enfin, nous avons essayé de trouver une explication au fait que les frottis réalisés par les médecins généralistes étaient de meilleure qualité que ceux dont les résultats leur avaient été transmis. Il est possible que ces résultats transmis le soient plus volontiers pour des frottis de mauvaise qualité, où l'effecteur du frottis souhaite informer le médecin traitant que le frottis sera à contrôler plus tôt que prévu.

Nous confirmons donc que le frottis est un acte facilement réalisable en médecine générale et dont la technique ne pose pas de problème majeur aux médecins généralistes.

En 2004, la loi relative à la politique de Santé Publique (20), mettait en avant, pour ce qui concerne l'implication des médecins généralistes dans le dépistage du cancer du col, une

nécessité d'amélioration de la formation des médecins généralistes à la pratique du frottis. En 2006, l'INCa insistait aussi sur cette formation (19). Il semble pourtant que ce ne soit pas la principale disposition à prendre pour améliorer l'implication des médecins généralistes dans le dépistage du cancer du col.

III.4) Un préleveur sous-utilisé

28 médecins de notre échantillon (87,5 %) ont réalisé au moins un frottis (Figure 23, page 47). Pourtant 10 d'entre eux (35,7 %) n'ont réalisé qu'un frottis. Dans l'étude alsacienne citée plus-haut (48), 35 % seulement des médecins généralistes prélevaient des frottis et, parmi eux, 80 % en prélevaient moins de 10 par an.

Ainsi, quel que soit le niveau d'implication des médecins généralistes dans la réalisation des frottis, on retrouve une constante dans ce faible recours au médecin généraliste en tant que préleveur. Le système de santé se prive donc d'une source potentielle importante de préleveurs dont le rôle semble rester méconnu. Nous tenterons d'expliquer plus loin les raisons de cette méconnaissance.

IV) Informations contenues dans des dossiers médicaux

IV.1) Des informations insuffisantes

Le contenu des dossiers médicaux est insuffisant. Seuls 27,5 % d'entre eux contiennent l'ensemble des informations relatives au dernier frottis (Figure 34, page 55). Ce chiffre est là encore comparable avec l'étude alsacienne (41) dans laquelle 25,9 % des dossiers étaient complets, cette étude ne s'intéressant qu'à deux critères (date et résultat) quand la nôtre en analyse trois.

Cependant, alors que cette étude concluait à une moindre implication des médecins généralistes dans le dépistage du cancer du col, notre étude permet d'aller plus loin dans l'analyse du contenu des dossiers.

Ainsi, le contenu des dossiers médicaux des médecins généralistes est d'excellente qualité lorsqu'ils ont réalisé eux-mêmes le dernier frottis, avec un taux de dossiers renseignés de 95,3 % pour l'ensemble des trois critères, atteignant même 98,4 % pour les critères de date (Figure 24, page 48) et de résultat (Figure 33, page 54). En revanche, lorsque le médecin généraliste n'a pas réalisé le dernier frottis, seuls 9,5 % des dossiers sont totalement renseignés.

C'est plutôt du côté du retour d'information qu'il faut chercher une explication aux insuffisances relevées dans le contenu des dossiers médicaux.

IV.2) Un retour d'information défaillant

Notre étude montre que seuls 12 % des dossiers médicaux font état d'un retour d'information relatif à un frottis réalisé par un autre préleveur (page 48, VI).

Là encore, en considérant uniquement les frottis à jour, et en réalisant la même extrapolation que dans le paragraphe III.1), nous pouvons réaliser le rapport suivant :

% frottis à jour x nb. de dossiers renseignés sur la date (parmi ceux non réalisés par MG)

% frottis à jour, estimations nationales x nb. de dossiers avec frottis non réalisé par MG

Soit $(69,57 \% \times 46) / (58,7 \% \times 241) = 22,6 \%$.

Ainsi, on en déduit que moins d'un quart seulement des frottis non réalisés par le médecin généraliste fait l'objet d'un retour d'information vers ce dernier.

Pourtant, la majorité des ces préleveurs sont des gynécologues qui, comme nous l'avons vu plus haut, ont une obligation conventionnelle, par l'article 1-3-2 de cette convention, de retour d'information vers le médecin traitant. Il semble donc que cette obligation conventionnelle ne soit pas respectée.

Notre étude apporte ici une donnée essentielle que nous n'avions retrouvée dans aucune publication antérieure et qui explique l'insuffisance de l'information contenue dans les dossiers médicaux. Or, la coordination du dépistage par le médecin généraliste nécessite que ce dernier soit au courant de la situation de ses patientes vis-à-vis du dépistage.

IV.3) Le médecin généraliste cherche l'information

Parmi les dossiers où le frottis n'a pas été réalisé par le médecin généraliste, 19,1 % comportent la date du dernier frottis. Or, comme nous l'avons vu, seuls 12 % de ces dossiers ont fait l'objet d'un retour d'information.

Dans plusieurs dossiers, les médecins généralistes ont donc cherché à connaître la date du dernier frottis de leur patiente quand ils n'avaient pas de retour d'information, probablement en interrogeant leurs patientes.

Cet élément nous laisse penser que la situation des patientes vis-à-vis du dépistage du cancer du col fait partie de l'interrogatoire d'un certain nombre de médecins généralistes qui la considèrent donc comme un élément important de la prévention et du contenu de leurs dossiers.

IV.4) Une bonne accessibilité des informations

L'ensemble des résultats relatifs au temps d'accès aux informations relatives au dépistage du cancer du col (pages 57 à 59, XII) confirme l'intérêt des médecins généralistes pour ces données. En effet, les données sont rapidement accessibles (dans 73,1 % des dossiers en moins d'une minute). On peut donc penser que, dans la plupart des cas, les comptes-rendus anatomo-pathologiques ne sont pas simplement rangés au milieu des autres examens complémentaires, mais ont une place à part au sein des dossiers médicaux.

Cet élément nous paraît fiable puisque la comparaison entre temps d'accès déclaré et temps réel de remplissage (Figure 39, page 59) montre une distribution logique des médianes. L'absence de normalité de la distribution des moyennes est en effet lié à plusieurs temps de remplissage incohérents (plusieurs heures pour certains) très certainement dûs à un oubli de validation des formulaires.

Par ailleurs, il est intéressant de noter que les médecins généralistes déclarent avoir trouvé l'information plus rapidement en ce qui concerne l'ensemble des dossiers que dans les dossiers où ils ont réalisé le dernier frottis. Nous pensons que cette donnée, étonnante au premier abord, peut s'expliquer par le fait que les médecins généralistes connaissent bien les dossiers de leurs patientes et savaient donc, dans la majorité des cas, s'ils disposaient ou non des informations demandées. Il était alors plus rapide de répondre lorsqu'ils n'avaient aucune donnée que lorsqu'ils devaient rechercher le contenu de ces données pour remplir les formulaires.

IV.5) Âge des frottis

L'analyse de l'âge des frottis nous apprend que son seul facteur d'influence est l'âge des patientes (Figure 29, page 52). Ainsi, les patientes les plus âgées sont les moins bien couvertes par le dépistage. Cette inégalité liée à l'âge se retrouve dans plusieurs études sur le sujet (22)(48).

Par ailleurs, il est intéressant de noter, dans notre étude, que cette inégalité existe également parmi les frottis réalisés par les médecins généralistes (Figure 30, page 52). La réduction de cette inégalité ne peut donc pas passer que par les médecins généralistes. Ainsi, une stratégie qui viserait à confier aux médecins généralistes le seul dépistage des femmes les plus âgées risquerait de ne pas avoir les effets escomptés.

V) Le médecin généraliste peut-il coordonner le dépistage ?

V.1) Un coordinateur potentiel indéniable

L'analyse des motifs de consultation nous a permis de confirmer que le médecin généraliste est un acteur de prévention essentiel puisque plus de 10 % des patientes le consultent pour un motif de prévention (Figure 15, page 43). Le médecin généraliste est donc un interlocuteur privilégié pour ce qui relève du domaine de la prévention, et notamment chez les patientes plus jeunes (Figure 22, page 47).

Par ailleurs, avec presque 44 % de consultations pour suivi d'une pathologie chronique, c'est environ une patiente sur deux qui est revue régulièrement, mettant le médecin généraliste en première ligne dans la promotion et la coordination du dépistage du cancer du col.

V.2) Une utilisation partielle du potentiel informatique

La présence d'un système de planification du prochain frottis est difficilement envisageable dans un dossier papier, même si nous n'avions pas spécifié que ce système de planification était forcément une alarme informatique. Or, nous ne savons pas quel est le taux d'informatisation médicale au sein de notre échantillon.

Cependant les taux de présence d'une alarme sont assez faibles (Figure 35, page 56), y compris au sein des dossiers où le dernier frottis a été effectué par le médecin généraliste

(28,1 %). Bien entendu, il semble logique que les jeunes médecins généralistes utilisent plus fréquemment une alarme lorsqu'ils ont réalisé le dernier frottis (80 % pour les moins de 45 ans) puisqu'ils utilisent sans doute plus souvent des logiciels informatiques de gestion des dossiers, sont certainement mieux formés à l'utilisation des outils informatiques et disposent peut-être de logiciels plus récents et plus performants (certains logiciels anciens ne disposant pas de système d'alarme).

Si, comme nous l'avons vu plus haut, les médecins généralistes considèrent la coordination comme faisant partie de leur fonction, l'utilisation de l'outil informatique, facilitant pourtant ce rôle de coordination, est encore insuffisante et devrait se développer.

V.3) Un coordinateur privé d'information

Comme nous l'avons vu plus haut, l'insuffisance de retour d'information est à l'origine d'une carence de l'information, frein important à une coordination efficace, dans la mesure où la plupart des frottis ne sont pas réalisés par les médecins généralistes. En fait, dans la situation actuelle, le médecin généraliste ne peut coordonner le dépistage que chez les patientes dont il réalise lui-même les frottis.

Nous nous sommes intéressés à l'expérimentation ASALEE (Action de Santé Libérale En Équipe) menée par l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) de Poitou-Charentes(49), dans le département des Deux-Sèvres, et récemment étendue à d'autres départements, dont les Vosges, pour ce qui concerne notre région. Cette expérimentation vise à mettre à disposition de médecins généralistes volontaires une infirmière de Santé Publique qui a plusieurs champs d'action dans le domaine du dépistage, de la prévention et du suivi de pathologies chroniques. En ce qui concerne le dépistage du cancer du col de l'utérus, ces infirmières vérifient que les dossiers médicaux comportent le résultat du dernier frottis et, lorsque ce n'est pas le cas, elles tentent de le récupérer auprès des patientes, des laboratoires d'anatomo-pathologie ou des gynécologues.

Aucune publication relative aux effets de cette expérimentation sur le dépistage du cancer cervical n'a été effectuée pour le moment. Cependant, nous avons pu obtenir un entretien auprès de l'une de ces infirmières de Santé Publique. Ainsi, nous avons pu apprendre que le taux de frottis à jour, présents dans les dossiers médicaux, était passé de 12 % à 47 %, grâce à ce travail sur le retour d'information.

Par ailleurs, nous avons pu interroger cette infirmière, qui intervient dans plusieurs cabinets, sur les raisons de cette importante amélioration. Elle nous a appris que, outre l'amélioration du contenu des dossiers par ce retour d'information, elle avait également noté une augmentation du nombre de frottis réalisés par les médecins généralistes. Ainsi, lorsqu'ils disposent de l'information relative aux frottis, les médecins généralistes réinvestissent le champ du dépistage du cancer du col de l'utérus.

V.4) Un sentiment d'exclusion délétère

Les constats précédents sont à mettre en lien avec un sentiment d'exclusion des médecins généralistes du champ gynécologique en général, et du dépistage du cancer cervical en particulier.

Une publication de 1994 (50) faisait état de ce sentiment d'exclusion. Basée sur une méthodologie qualitative, elle mettait en avant une crise d'identité professionnelle, parlant même « d'amertume » des médecins généralistes qui ne trouvaient pas leur place dans le système de santé et, notamment, dans ce dépistage.

Il semble que ces données soient, 15 ans après, toujours d'actualité. En effet, nous avons analysé les commentaires libres laissés à disposition de nos médecins investigateurs à la fin de chaque formulaire. La plupart de ces commentaires libres font en fait état de ce retour d'information défaillant. En voici quelques morceaux choisis :

- « *Selon la patiente frottis il y a un an, pas de nouvelle du résultat !* »
- « *Suivi gynéco en parallèle affirmé par la patiente ... Aucun élément dans le dossier !!!* »
- « *Suivi par gynéco depuis un problème de polype endométrial. Je suis informé par courrier des examens faits, mais pas du calendrier prévus par la gynécologue ...* »
- « *Suivie par gynéco qui ne transmet pas de copie du résultat de frottis : je ne peux que croire la patiente !* »

On peut sentir, dans les termes de ces médecins généralistes, ainsi que dans la ponctuation utilisée, un ressenti divers de cette situation, de la lassitude à la colère.

Par ailleurs, certains médecins font état d'une situation globalement difficile avec leurs confrères gynécologues et délétère pour leurs patientes :

- « *Beaucoup de patientes sont suivies en accès direct par le gynéco ... Pas de courrier ni de résultat anapath !!! Nom du gynéco indiqué dans les dossiers ...* »
- « *Constatation : les accès libres chez le gynéco privent le MG d'info importantes, absence de résultat des frottis mais aussi traitements mis en place et non signalés !!* »

Enfin, citons ce dernier commentaire, écrit par un médecin qui dit peut-être tout haut ce que certains de ses confrères pensent tout bas : « *Commentaire unique pour les 10 cas : j'ai démissionné de la gynéco depuis plus de 10 ans, sur les 6 spécialistes de XXXX, une envoie au médecin traitant un petit mot de synthèse indiquant « frottis réalisé » le cas échéant. Aucune communication de la part des autres gynécologues. Je n'ai pas vu un résultat de frottis depuis des années !!! Nous avons organisé il y a 15 ans une réunion avec les gynécos locaux pour essayer de trouver un mode de travail en commun, nous nous sommes fait poliment éconduire ...* »

Ainsi, on sent que les médecins généralistes, pourtant volontaires, et compétents dans le dépistage, se lassent et s'épuisent face au phénomène de rétention d'information. Le dispositif d'accès spécifique au gynécologue, préservant l'accès direct à ces spécialistes mais avec une obligation de retour d'information, semble n'avoir rien changé à ce problème.

V.5) Les patientes, coordinatrices de fait, et mal informées

Dans un système de santé où le médecin généraliste n'a pas les moyens de coordonner le dépistage du cancer du col, ce sont finalement les patientes qui doivent endosser ce rôle de coordination ... Ceci explique sans doute également les taux de couverture peu élevés.

Par ailleurs, les patientes sont mal informées voire désinformées sur ce dépistage et sur les compétences du médecin généraliste dans ce domaine. Ainsi, dans un sondage de l'institut BVA, commandé par la FNCGM (Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale), on apprenait (51) que 91 % des femmes considéraient que les médecins généralistes étaient moins compétents que les gynécologues dans le suivi gynécologique et que seulement 20 % d'entre elles pensaient que les généralistes étaient suffisamment formés pour assurer le suivi gynécologique.

À la lumière de ces résultats, une institution indépendante ou un organisme visant à améliorer la santé gynécologique des femmes aurait sans doute lancé une grande campagne d'information pour faire connaître les compétences des médecins généralistes dans le

domaine. Bien au contraire, la FNCGM s'est empressée de publier des résultats dans la presse médicale (52), sous le titre « Les généralistes jugés peu compétents en matière de suivi gynécologique », ou dans la presse « grand public » (53).

Malheureusement, cet exemple n'est pas isolé et on ne compte plus, dans la presse féminine et autres médias, les vastes campagnes de désinformation qui visent plus à préserver les intérêts de certains lobbies qu'à améliorer la santé des patientes et, pour ce qui nous intéresse, à améliorer la couverture du dépistage du cancer du col.

De même, on sent toute la réticence de la profession médicale à reconnaître la compétence des médecins généralistes dans le champ gynécologique. Ainsi, depuis quelques années, un DIU (Diplôme Inter Universitaire) de formation complémentaire en gynécologie-obstétrique a été créé à l'intention des médecins généralistes (54). Ce diplôme a un programme national et aurait pu être un moyen d'informer les patientes sur les compétences spécifiques de certains médecins généralistes dans le domaine. Malgré un programme et un examen nationaux, il est l'un des rares DIU que le Conseil de l'Ordre refuse de reconnaître (55) et dont les titulaires ne peuvent donc pas faire état sur leurs plaques ou sur leurs ordonnances.

Il existe donc un déficit d'information des patientes sur le rôle que jouent et que pourraient jouer les médecins généralistes dans le domaine gynécologique et le dépistage du cancer cervical. S'agit-il d'un simple « oubli » ou plutôt d'une volonté de ne pas informer les patientes sur le sujet ?

VI) Évolutions récentes et perspectives

Plusieurs évolutions de la loi ainsi que des modifications dans la prévention du cancer du col sont intervenus depuis le début de notre étude. Il nous a semblé important de les discuter au regard des résultats de notre travail.

VI.1) Loi dite « HPST »

VI.1.1) Affirmation législative des missions du médecin généraliste

Après presque deux ans de débats, la loi dite « HPST », relative à l'Hôpital, aux Patients, à la Santé et aux Territoires a été promulguée en juillet 2009 (56). Elle a confirmé les propos de la Ministre Roselyne Bachelot en inscrivant, dans le Code de Santé Publique (article L 4130-1), la notion de médecin généraliste de premier recours et les missions de ce dernier.

Parmi ces missions, figurent le dépistage et la synthèse des informations transmises par les professionnels de santé.

Ainsi, pour la première fois, le dépistage et sa coordination sont inscrits dans la loi comme des missions du médecin généraliste. Ceci peut être considéré comme une réelle avancée. Cependant, il convient maintenant, pour les pouvoirs publics, de mettre en œuvre les moyens qui permettront de passer du symbole aux faits, et d'améliorer sur le terrain la coordination du dépistage du cancer du col.

VI.1.2) Certaines dispositions paradoxales abandonnées

En effet, au cours des débats parlementaires sur cette loi, certaines dispositions surprenantes ont été temporairement adoptées et, malgré leur abandon dans la mouture finale de la loi, elles témoignent des difficultés voire du manque de volonté d'asseoir les médecins généralistes dans leur rôle de coordination et dans leur fonction de spécialistes des soins primaires, dans le champ gynécologique.

Pour commencer, la Commission des Affaires Sociales du Sénat avait adopté, dans le projet de loi (57) un amendement (article 14) visant à mettre en place un accès direct vers certaines spécialités dont les gynécologues. Cette disposition, en transformant l'accès spécifique décrit plus haut en accès direct, et en supprimant donc l'obligation de retour d'informations (déjà peu respectée) vers le médecin traitant risquait de compliquer d'autant plus cette coordination. Cette disposition a été supprimée dans le texte définitif.

Par ailleurs, la Commission des Affaires Sociales du Sénat avait également adopté un amendement (article 14 bis), permettant aux pharmaciens ayant reçu une formation spécifique de délivrer, pour trois mois et sans renouvellement possible, une première contraception œstroprogestative aux femmes de moins de trente-cinq ans. Le plus étonnant était sans doute l'argumentaire développé par la Commission (58), lors de l'adoption de cet amendement. En effet, le sénateur à l'origine de cet amendement a expliqué que cet amendement lui « avait été suggéré par des médecins gynécologues » et était destiné à « éviter des interruptions de grossesses liées aux délais d'attente observés pour consulter un gynécologue, en permettant la délivrance d'une contraception rapidement, avant un rendez-vous chez un gynécologue ». Ainsi, pour la Commission des Affaires Sociales du Sénat, la contraception était du ressort exclusif du gynécologue et, en cas de carence, de celui du pharmacien.

C'était oublier totalement la compétence, la proximité et la disponibilité des médecins généralistes dans ce domaine et les exclure un peu plus du suivi gynécologique. Cette disposition a, elle-aussi, été supprimée dans le texte définitif.

Enfin, d'une manière générale, le texte définitif instaure plusieurs modifications dans le suivi gynécologique, et notamment dans la contraception, permettant aux pharmaciens (article 89 modifiant l'article L. 5125-23-1 du Code de la Santé Publique), aux infirmières (article 88 modifiant l'article L. 4311-1 du Code de la Santé Publique), aux services de santé universitaire (article 87 modifiant l'article L. 5134-1 du Code de la Santé Publique) de renouveler la contraception, sans dispositif de retour d'information vers le médecin généraliste que l'on sent complètement oublié, quelques articles après avoir inscrit qu'il était responsable de la prévention et du dépistage. Est-ce réellement un oubli ou est-ce une volonté de ne pas lui donner de place réelle dans le domaine gynécologique ?

VI.1.3) Multiplication des acteurs du dépistage et absence de coordination

Les acteurs du dépistage, et notamment les préleveurs de frottis, étaient déjà nombreux (médecins généralistes, gynécologues médicaux, gynécologues obstétriciens, centres de planification et d'éducation familiale, laboratoires). La loi HPST a rajouté un nouveau préleveur potentiel en permettant aux sages-femmes (article 86 modifiant l'article L. 4151-1 du Code de la Santé Publique) d'assurer le suivi gynécologique et le prélèvement des frottis cervico-utérins de dépistage.

S'il peut paraître intéressant, par ce biais, de revaloriser la profession de sage-femme, et d'augmenter les possibilités de recours pour une patiente désirant bénéficier d'un frottis, il est parfaitement regrettable qu'il ne soit prévu aucun retour d'informations de la sage-femme vers le médecin traitant. Encore une fois, les décideurs semblent n'avoir pas compris que la solution à la trop faible couverture du dépistage du cancer du col n'était pas la multiplication du nombre de frottis prélevés mais l'amélioration de la coordination du dépistage, permettant la promotion du dépistage chez des femmes jusque là non dépistées.

VI.2) Effets de la vaccination contre les papillomavirus

Depuis fin 2006, deux vaccins contre le papillomavirus sont commercialisés (59)(60). Ils sont remboursés par l'Assurance maladie depuis juillet 2007 (61)(62). Les autorités sanitaires françaises recommandent de vacciner toutes les jeunes filles de 14 ans et celles de 15 à 23 ans, mais ayant moins d'un an d'activité sexuelle (63).

Au décours de ces recommandations, ces autorités insiste sur l'importance de poursuivre, le moment venu, le dépistage du cancer du col chez les patientes vaccinées comme chez les patientes non vaccinées, puisque les vaccins ne protègent que contre certains papillomavirus oncogènes.

Il est trop tôt pour savoir si les stratégies de dépistage devront être revues suite aux effets de ce dépistage (diminution des infections à papillomavirus, modification de leur écologie). Cependant, nous avons cherché à nous intéresser aux possibles conséquences de la vaccination sur la compliance des femmes au dépistage. Trois hypothèses sont en effet envisageables :

- un maintien du taux de couverture du dépistage, la vaccination n'ayant aucune incidence sur la compliance des femmes ;
- une augmentation du taux de couverture, la vaccination ayant été une occasion supplémentaire d'informer les patientes sur l'intérêt du dépistage ;
- une diminution du taux de couverture, les patientes vaccinées n'ayant pas retenu le message et se sentant donc protégées.

La vaccination intervenant en moyenne une dizaine d'années avant le début du dépistage, aucune donnée observationnelle sur ce sujet n'est encore disponible. Cependant, plusieurs études ont récemment abordé ce sujet et ont permis d'obtenir des données intéressantes.

Tout d'abord, une première étude (46) a étudié les connaissances des médecins généralistes sur la vaccination HPV : 99,2 % savent que le vaccin ne dispense pas du frottis.

Une seconde étude (64) a consisté à observer des médecins généralistes, maîtres de stage, pendant une consultation liée à la vaccination contre les papillomavirus : 64,8 % d'entre eux informaient leurs patientes vaccinées (ou futures vaccinées) sur la nécessité de réaliser des frottis malgré la vaccination. Cette étude interrogeait ensuite les patientes et leur accompagnant, à la sortie de la consultation : 51,4 % des patientes et 50 % des accompagnants savaient qu'il existe un risque résiduel de cancer, après la consultation.

Une dernière étude (65), réalisée auprès de lycéen(ne)s (vaccinées et non vaccinées) a montré que 5,5 % d'entre eux pensaient que le vaccin dispense du frottis, 44,5 % savaient qu'il ne dispense pas du frottis et 50 % ne se prononçaient pas.

Il semble donc que, malgré une bonne connaissance des médecins généralistes, ils ne délivrent que partiellement l'information sur l'importance du dépistage pour les femmes vaccinées. Par ailleurs, les patientes ne retiennent que partiellement cette information.

Cependant, ces chiffres ne permettent pas de conclure puisque ces études n'ont pas comparé les connaissances des jeunes filles vaccinées à celles des jeunes filles non vaccinées.

La question de l'influence de la vaccination sur la compliance future des femmes au dépistage reste donc entière et nécessitera une vigilance des autorités sanitaires et des professionnels de santé. Cette vigilance sera d'autant plus nécessaire (mais difficile) que le dépistage n'est pas organisé.

VI.3) Le Contrat d'Amélioration des Pratiques

En avril 2009, l'UNCAM a mis en place le CAPI (66). Ce contrat, individuel, est destiné à rémunérer les médecins généralistes en fonction de certains objectifs de santé publique et de prescription. Si beaucoup d'encre a coulé quand à la forme individuelle de ce contrat, nous nous sommes plutôt intéressés au fond. Parmi les objectifs ciblés, plusieurs sont des objectifs de prévention. L'un d'entre eux concerne le taux de couverture du dépistage du cancer du sein. En revanche, le taux de couverture du dépistage du cancer du col n'en fait pas partie.

L'Assurance Maladie n'a donc pas souhaité fixer, aux médecins généralistes signataires, un objectif d'amélioration du taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus.

CONCLUSION

Si le cancer du col de l'utérus n'est pas, au regard de son incidence et de sa mortalité, un problème majeur de santé publique, son dépistage permet, lorsqu'il est optimal, de réduire la morbidité et les coûts qu'il engendre.

Le médecin généraliste, pivot du système de santé, doit en être le coordinateur. Notre étude montre qu'il en a la volonté même si certains outils, et notamment l'utilisation de l'informatique, doivent encore être développés.

Cependant, à l'heure actuelle, les médecins généralistes ne disposent pas de la totalité des informations nécessaires à une coordination de qualité. Pour les frottis qu'ils réalisent, et qui représentent plus d'un quart des frottis de dépistage primaire, l'information contenue dans les dossiers est très accessible et d'excellente qualité. En revanche, ils se heurtent à un déficit majeur du retour d'information, notamment de la part des gynécologues. Moins d'un quart des frottis de dépistage primaire réalisés par d'autres préleveurs que le médecin généraliste font l'objet d'un retour d'information vers le médecin généraliste. La réforme de l'Assurance Maladie de 2004 a instauré le dispositif du médecin traitant, responsable de la coordination de la santé. Mais en préservant un accès direct aux gynécologues, elle n'a pas été en mesure de régler ce problème, les dispositions conventionnelles n'étant pas respectées.

Outre ses compétences de coordinateur, le médecin généraliste apparaît comme un acteur important du prélèvement des frottis. Notre étude confirme en cela de précédentes études et montre que le médecin généraliste prélève des frottis de qualité équivalente à celle des autres préleveurs. Malheureusement, ce potentiel est sous-utilisé et les femmes n'ont pas assez recours à leur médecin traitant pour le dépistage du cancer cervical. Ce phénomène est essentiellement lié à une mauvaise information, voire à une désinformation, des femmes.

Cette situation n'est pas une fatalité et peut être réversible en organisant le dépistage. Cette organisation peut s'appuyer sur les réseaux et les potentiels déjà existants. Elle devra s'attacher d'une part à renforcer les mécanismes de retour d'information et de coordination par le médecin généraliste, d'autre part à informer largement les femmes des compétences des médecins généralistes en la matière.

A ce propos, on peut regretter que les récentes évolutions de la législation envoient des signaux contradictoires à la profession et à la population. De même, le récent rapport Grünfeld (67), censé définir les grandes orientations pour la lutte contre le cancer au cours de ces prochaines années, ne fait aucune place au médecin généraliste dans le dépistage du cancer du col. Ainsi, dans le paragraphe dédié au dépistage du cancer du col, le médecin généraliste n'est pas cité une seule fois.

Il est également temps, dans ce domaine, de lever nos œillères et de nous affranchir des carcans de lobbies d'un autre âge. Pourquoi ne pas nous inspirer du modèle de certains de nos voisins européens ? Ces derniers ont compris, parfois depuis plusieurs décennies, qu'en organisant le dépistage et en y donnant un rôle central au médecin généraliste, l'efficacité et surtout l'efficience du dépistage en était aussitôt amélioré (68).

Plusieurs observateurs s'inquiètent actuellement de la diminution du nombre de gynécologues médicaux. Cette diminution peut au contraire être l'occasion d'une rénovation du programme de dépistage, en recentrant la coordination sur les médecins généralistes qui pourraient également prélever une plus grande part des frottis, aidés par les sages-femmes et les laboratoires, avec retour d'information organisé. Les gynécologues pourraient alors retrouver une réelle fonction de second recours, en assurant notamment la prise en charge des frottis anormaux, renforçant ainsi les effectifs de leurs confrères hospitaliers.

La Haute Autorité de Santé a récemment entamé une réflexion visant à émettre des recommandations de santé publique en matière de stratégie de dépistage du cancer du col de l'utérus (69). Souhaitons que ces futures recommandations permettent enfin d'améliorer la situation du dépistage en France.

Coordination, communication entre professionnels de santé, niveaux de recours et information indépendante des femmes devront être au rendez-vous de ces recommandations pour permettre de passer des déclarations d'intention aux actes.

BIBLIOGRAPHIE

1. PARKIN D. M., BRAY F., FERLAY J., & al. / *Global Cancer Statistics, 2002* / *CA, A Cancer Journal for Clinicians* ; 2005 ; 55 ; 74-108.
2. BOYLE P., FERLAY J. / *Cancer incidence and mortality in Europe, 2004* / *Annals of Oncology* ; 2005 ; 16 ; 481–488.
3. Institut de Veille Sanitaire / *Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1980 à 2005 ; estimations à partir des données des registres du réseau FRANCIM et du CepiDC - Etude collaborative FRANCIM – Hospices Civils de Lyon –. Institut de Veille Sanitaire – CepiDC ; 29 janvier 2008 [en ligne] / Site disponible sur : http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/estimations_cancers/donnees_localisation/col/col.pdf (page consultée le 05/05/2008).*
4. ARVEUX P., BÉNARD S., BOUÉE S., & al. / *Coût de la prise en charge du cancer invasif du col de l'utérus en France* / *Bulletin du Cancer* ; 2007 ; 94 (2) ; 219-24.
5. BERGERON C., BREUGELMANS J.-G., BOUÉE S., & al. / *Coût du dépistage et de la prise en charge des lésions précancéreuses du col utérin en France* / *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* ; 2006 ; 34 ; 1036–1042.
6. LACOUR B. / *Aspects épidémiologiques. Incidence et mortalité des cancers en France et en Lorraine* / *Communication Oncodent* ; 27 mai 2004 [en ligne]. Site disponible sur : http://www.oncolor.org/statistiques/chiffres/chiffres_lorraine.htm (page consultée le 09/04/2008).
7. BROSO P. R., BUFFETTI G. / *George Nicholas Papanicolaou* / *Minerva Ginecologica* ; 1993 ; 45(10) ; 511-516.
8. SICARD A. / *L'introduction en France des frottis cervico-vaginaux* / *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine* ; 1996 ; 180 (5) ; 1109-1113.
9. *Groupe Technique National / Cahier des charges du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus ; décembre 2006 [en ligne] / Site disponible sur http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/cancer_uterus/cctp.pdf (page consultée le 07/05/2008).*

10. *Conférence de consensus sur le dépistage du cancer du col utérin / XXVIIIème Congrès de la Fédération des gynécologues et obstétriciens de langue française. Lille ; 5-7 septembre 1990 / Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction ; 1990 ; 19 ; 1-16.*
11. *Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale / Pratique des frottis cervicaux pour le dépistage du cancer du col / Recommandations et Références Médicales ; 1995 ; 2 ; 9-24.*
12. *Advisory Committee on Cancer Prevention / Recommendations on cancer screening in the European Union / European Journal of Cancer ; 2000 ; 36 ; 1473-1478.*
13. *Recommandations du Conseil de l'Union Européenne / 2 décembre 2003 (2003/878/EC).*
14. *European Code against Cancer and Scientific Justifications, third version (2003) / Europe against Cancer.*
15. *Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé / Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal / Actualisation des recommandations ; septembre 2002 [en ligne]. Site disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_272243 (page consultée le 07/05/2008).*
16. *National Cancer Institute / Bethesda System 2001 [en ligne] / Site disponible sur <http://bethesda2001.cancer.gov/terminology.html> (page consultée le 07/05/2008).*
17. *Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé / Évaluation de l'intérêt de la recherche des papillomavirus humains (HPV) dans le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus ; mai 2004 [en ligne]. Site disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_407595 (page consultée le 07/05/2008).*
18. *Mission Interministérielle pour la Lutte contre le Cancer / Plan Cancer 2003 ◊ 2007 ; 2003 [en ligne] / Site disponible sur http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cancer/plaquette_cancer.pdf (page consultée le 07/05/2008).*
19. *Institut National du Cancer / Plan Cancer 2003-2006 : ce qui a changé ; avril 2006 [en ligne] / Site disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Sante-publique/Plan-cancer/Bilan-region-par-region/> (page consultée le 06/05/2008).*
20. *Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique / Parution au Journal Officiel de la République Française du 11 août 2004 [en ligne]. Site disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/loi_de_politique_de_sante_publique.pdf (page consultée le 08/05/2008).*

21. Direction générale de la santé ; Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques / Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Juillet 2005 [en ligne]. Site disponible sur : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/054000601/0000.pdf> (page consultée le 08/05/2008).
22. ROUSSEAU A., BOYET P., MERLIÈRE J., & al / Evaluation du dépistage organisé et du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus : utilité des données de l'Assurance Maladie / Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire ; 2002 ; 19 ; 81-83.
23. BERGERON C., CARTIER I., GULDNER L., & al / Lésions précancéreuses et cancers du col de l'utérus diagnostiqués par le frottis cervical, Ile-de-France. Enquête du Centre de regroupement informatique et statistique de données d'anatomo-cyto-pathologie en Ile-de-France (2002) / Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire ; 2005 ; 2 ; 5-6.
24. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques / L'état de santé de la population en France - Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique - Rapport 2007 [en ligne]. Site disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2007/objectifs/03-obj-48.pdf> (page consultée le 08/05/2008).
25. GUILBERT Ph., PERETTI-WATEL P., BECK F., GAUTIER A. (sous la dir.) / Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé / Baromètre cancer 2005 [en ligne]. Site disponible sur : <http://www.cfes.sante.fr/index.asp?page=Barometres/BaroCancer2005/ouvrage/presentation.asp#> (page consultée le 08/05/2008).
26. DUPORT N., HAGUENOER K., ANCELLE-PARK R., & al / Institut de Veille Sanitaire / Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus - Evaluation épidémiologique des quatre départements "pilotes" ; juin 2006 [en ligne]. Site disponible sur : http://www.invs.sante.fr/publications/2007/cancer_col_uterus%20evaluation/col_uterus.pdf (page consultée le 09/05/2008).
27. VENTURA MARTINS C., WORONOFF A.-S., HOCHART A., & al. / Observatoire Régional de la Santé de Franche-Comté / Evaluation de la campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus dans le Doubs (1993-2004) ; mai 2005 [en ligne]. Site disponible sur : <http://ors-franche-comte.org/docs/Evaluation%20APCC25-2005.pdf> (page consultée le 09/05/2008).

28. *La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille / WONCA Europe ; 2002 [en ligne]. Site disponible sur : <http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/WONCA%20definition%20French%20version.pdf> (page consultée le 09/05/2008).*
29. *Discours de Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports / Première synthèse nationale des Etats Généraux de l'Organisation de la Santé / Paris, le vendredi 8 février 2008 [en ligne]. Site disponible sur : http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Le_discours_de_Roselyne_Bachelot-Narquin_EGOS_080208.pdf (page consultée le 20/05/2008).*
30. *Discours de Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports / Conclusions des Etats Généraux de l'Organisation de la Santé / mercredi 9 avril 2008 à la Maison de la Chimie [en ligne]. Site disponible sur : <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/actualite-presse/presse-sante/discours/conclusions-egos-mercredi-9-avril-2008-maison-chimie.html> (page consultée le 20/05/2008).*
31. *Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie / Publiée au Journal Officiel de la République Française n°190 du 17 août 2004 [en ligne]. Site disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158&dateTexte=> (page consultée le 20/05/2008).*
32. *Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes / Publié au Journal Officiel de la République Française n°35 du 11 février 2005 [en ligne]. Site disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000805768&dateTexte=#JORFARTI000002062498> (page consultée le 20/05/2008).*
33. *SCHAFFER P. / Les difficultés du dépistage des cancers. À propos du dépistage du cancer du col de l'utérus / 2e colloque CNAMTS-INSERM ; 1988 ; 187 ; 71-82.*
34. *MOUROUGA P. / Dépistage des lésions cervicales : améliorer la situation en France.*
35. *GAUTIER A. / Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé / Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003 [en ligne]. Site disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/index.asp?page=Barometres/BaroMP2003/ouvrage/presentation.asp> (page consultée le 04/06/2008).*

36. FENDER M., SCHAFFER P., DELLENBACH P., & al. / *Peut-on et faut-il organiser le dépistage du cancer du col de l'utérus en France ? A propos des résultats du projet pilote « EVE » dans le département du Bas-Rhin / Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction ; 1998 ; 27 ; 683-691.*
37. GARNIER A., EXBRAYAT C., BOLLA M., & al. / *Campagne de dépistage du cancer du col utérin par frottis cervicovaginaux chez les femmes de 50 à 69 ans en Isère. . Résultats de la première vague (janvier 1991 - juin 1993) / Bulletin du Cancer ; 1997 ; 84 ; 791-795.*
38. LEVASSEUR G., BAGOT C., HONNORAT C. / *L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne / Santé publique ; 2005 ; 51 ; 109-119.*
39. GANRY O. & BOCHE T. / *Prevention practices and cancer screening among general practitioners in Picardy, France / Public Health ; 2005 ; 119 ; 1023–1030.*
40. WEBER A., LÉMERY B. & MILLOT I. / *Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne / Prévention des cancers gynécologiques : Points de vue des médecins sur les modalités de dépistage en Bourgogne / Septembre 2004 [en ligne]. Site disponible sur : <http://orsbourgogne.free.fr/publik.php> (page consultée le 23/07/2008).*
41. DENIS B., SCHON G., RUETSCH M. & al. / *Dépistage des cancers : auto-évaluation des dossiers médicaux de 37 médecins généralistes / Presse Médicale ; 2007 ; 36 ; 217–23.*
42. *Eco-Santé Régions & Départements 2009 Version : juin 2009 [en ligne]. Site disponible sur : <http://www.ecosante.fr/> (page consultée le 02/08/2009).*
43. *Statuts de l'ASOQS - Déposés en préfecture de Meurthe et Moselle le 07/04/2006 - Parution au Journal Officiel des Associations le 29/04/2006 [en ligne] . Site disponible sur <http://www.journal-officiel.gouv.fr/association/index.php> (page consultée le 24/07/2008).*
44. KANDEL O., DUHOT D., LEMASSON J.-F., & al / *Société Française de Médecine Générale / Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale? / La Revue du Praticien - Médecine Générale ; 2004 ; 656-657 (18) ;781-4.*
45. *Institut National de la Statistique et des Études Économiques / Estimation de la population au 1er janvier par région, département, sexe et âge, 1990-2007 [en ligne]. Site disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=estim-pop®_id=99. (page consultée le 20/09/2008).*

46. OIRY F., RAT C. / *Connaissance de la recommandation sur la vaccination par Gardasil® et facteurs influençant le niveau de connaissance : enquête auprès de 490 médecins généralistes de Loire Atlantique / Thèse de médecine générale, Nantes, 2008 [en ligne]. Site disponible sur <http://www.sudoc.abes.fr/DB=2.1/SET=1/TTL=1/SHW?FRST=2> (page consultée le 30/06/2009).*
47. FAIVRE-BIHI C., FLORI M. / *Évaluation de la qualité des frottis du col de l'utérus, pratiqués par les médecins généralistes en région lyonnaise / Thèse de médecine générale, Lyon, 2003.*
48. GOUVENOT-HARTMANN C. / *Campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus. Participation des médecins généralistes et qualité des frottis. / Thèse de Médecine Générale, Strasbourg, 2009.*
49. *Union Régionale des Médecins Libéraux de Poitou-Charentes / Présentation de l'expérimentation ASALEE [en ligne] . Site disponible sur : <http://www.urml-pc.org/index.php/actions-urml-pc/operation-asalee> (page consultée le 09/09/2009).*
50. WEIL O. & SCHAFFER P. / *Obstacles et réticences au dépistage du cancer du col de l'utérus par le médecin généraliste / Bulletin du Cancer ; 1994 ; 81 ; 326-330.*
51. *Sondage de l'Institut BVA / Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique / Mai 2008 [en ligne]. Site disponible sur : http://www.fncgm.com/images/Enquetes/enquete_bva.pdf (page consultée le 23/09/2009).*
52. HOLUE C. / *Les généralistes jugés peu compétents en matière de suivi gynécologique. Article du 06 novembre 2008 [en ligne]. Site disponible sur : http://www.apima.org/img_bronner/generalistes_et_suivi_gyneco.pdf (page consultée le 10/11/2008).*
53. DUTAUT E. / *Gynécologue : une profession en danger [en ligne]. Site disponible sur : <http://www.ladepeche.fr/article/2008/12/13/507336-Gynecologue-profession-en-danger.html> (page consultée le 23/09/2009).*
54. *Université Henri Poincaré de Nancy / Programme et organisation du DIU de formation complémentaire en gynécologie-obstétrique [en ligne]. Site disponible sur : <http://www.formations.uhp-nancy.fr:8080/cocoon/ALED/PGMUHP-PROG7221?idProgramRubrique=presentation#menu-program> (page consultée le 22/04/2009).*

55. *Conseil National de l'Ordre des Médecins / Titres universitaires et honorifiques autorisés sur les plaques et ordonnances. Avril 2009 [en ligne]. Site disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/?url=qualif/article.php&offset=0> . (page consultée le 29/04/2009).*
56. *Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires / Publiée au Journal Officiel de la République Française n° 0167 du 22 juillet 2009 ; page 12184 ; texte n°1 [en ligne]. Site disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&fastPos=7&fastReqId=1012363200&categorieLien=id&oldAction=rechTexte> (page consultée le 25/07/2009).*
57. *Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients à la santé et aux territoires / Texte de la Commission des Affaires Sociales du Sénat n° 381 du 06 mai 2009 [en ligne]. Site disponible sur : <http://www.senat.fr/leg/pjl08-381.html> (page consultée le 15/05/2009).*
58. *Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires / Compte-rendu des débats de la Commission des Affaires Sociales du Sénat ; séance du 04 mai 2009 [en ligne]. . Site disponible sur : <http://www.senat.fr/bulletin/20090504/soc.html#toc2> (page consultée le 10/05/2009).*
59. *Agence Française de Sécurité Sanitaire de Produits de Santé / Mise sur le marché du vaccin pour la prévention d'infections liées au virus papilloma ; 26 novembre 2006 [en ligne]. Site disponible sur : <http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Communiqués-de-presse/Mise-sur-le-marche-du-vaccin-pour-la-prevention-d-infections-liees-au-virus-papilloma/%28language%29/fre-FR> (page consultée le 09/09/2009).*
60. *Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé / Plan de gestion de risque de la spécialité pharmaceutique CERVARIX® ; Avril 2008 [en ligne]. Site disponible sur : http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/fdb07e16d1a207fe353dfbe629d933e3.pdf (page consultée le 09/09/2009).*

61. Arrêté du 5 juillet 2007 modifiant l'arrêté du 16 septembre 2004 relatif à la liste des vaccinations prises en charge par l'assurance maladie / Publié au Journal Officiel de la République Française n°161 du 13 juillet 2007 ; page 11866 ; . texte n° 45 [en ligne]. Site disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000645773&fastPos=5&fastReqId=1357338487&categorieLien=id&oldAction=rechTexte> (page consultée le 28/05/2008).
62. Arrêté du 17 juin 2008 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux / Publié au Journal Officiel de la République Française n°0158 du 8 juillet 2008 ; page 10943 ; texte n° 16 [en ligne]. . Site disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019140543&fastPos=1&fastReqId=1653179530&categorieLien=id&oldAction=rechTexte> (page consultée le 30/05/2008).
63. Avis du Comité Technique des Vaccinations et du Conseil supérieur d'Hygiène Publique de France, section des Maladies Transmissibles / Avis relatif à la vaccination contre les papillomavirus humains 6, 11, 16 et 18 ; séances du 09 mars 2007 [en ligne]. Site disponible sur http://www.hcsp.fr/docspdf/cshpf/a_mt_090307_papillomavirus.pdf (page consultée le 09/07/2009).
64. BLEUZEN A. & RAT C. / L'information préalable à la vaccination contre le papillomavirus : une description à partir de 126 situations rencontrées en cabinet de médecine générale / Thèse de Médecine Générale ; Nantes ; 2009 [en ligne]. Site disponible sur : <http://www.sudoc.abes.fr/xslt/DB=2.1/SET=5/TTL=1/SHW?FRST=1> (page consultée le 09/09/2009).
65. LERAIS I. & DURANT M.-L. / Enquête sur les connaissances, opinions et comportements des lycéens autour du Human Papilloma Virus (HPV) / Thèse de Médecine Générale ; Nice ; juin 2009.
66. Décision du 9 mars 2009 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la création d'un contrat type d'amélioration des pratiques à destination des médecins libéraux conventionnés / Publié au JORF n° 0093 du 21 avril 2009 ; page 6839 ; . texte n° 34 [en ligne]. Site disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do%3Bjsessionid=?cidTexte=JORFTEXT000020534299&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id> (page consultée le 09/09/2009).

67. GRÜNFELD J.-P. / *Recommandations pour le Plan Cancer 2009-2013. Pour un nouvel élan* / Février 2009 [en ligne]. . Site disponible sur : http://www.e-cancer.fr/v1/fichiers/public/rapport_grunfeld_104pages_srm_mars_2009_v3.pdf (page consultée le 21/03/2009).
68. RUELLE Y. & BOIVIN J.-M. / *The role of European general practitioners in cervical cancer screening and its effects on the success of this screening* / WONCA 2008, Istanbul.
69. Haute Autorité de Santé / *Stratégies de dépistage du cancer du col de l'utérus en France en 2009. Note de cadrage* [en ligne]. Site disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-05/note_de_cadrage_depistage_cancer_col_uterus_note_cadrage.pdf (page consultée le 25/07/2009).

ANNEXES

Annexe 1 : Page d'identification des médecins investigateurs

Thèse Yannick RUELLE - Recueil des données

http://azeler.free.fr/www/modules/these_yannick/index.php

Google

Enquête sur l'implication des médecins généralistes lorrains dans le dépistage du cancer du col de l'utérus

Thèse de médecine générale de Yannick RUELLE

Bienvenue

Si vous venez pour la première fois, cliquez ici :

Première visite

Sinon, loggez-vous :

Identifiant:

Mot de passe:

Code de sécurité:

Recopiez ce code:

Se souvenir de moi:


[Mot de passe oublié ?](#)

Connexion

Annexe 2 : Page d'explication du fonctionnement du module de recueil

Enquête sur l'implication des médecins généralistes lorrains dans le dépistage du cancer du col de l'utérus

Thèse de médecine générale de Yannick RUELLE



Merci pour votre connexion sur ce site, en voici les principaux éléments de fonctionnement :

Identification

Lors de votre premier passage sur le site, vous aurez à entrer votre nom, votre prénom et votre code postal, afin d'éviter toute connexion de personnes non concernées par cette étude.

Puis vous choisirez un identifiant (votre e-mail) et un mot de passe (au choix), et entrerez quelques données vous concernant (âge, sexe, lieu d'exercice, mode d'exercice).

Un courriel vous sera automatiquement envoyé, reprenant votre identifiant et votre mot de passe, en cas de perte.

Par la suite, vous n'aurez plus qu'à vous identifier et à remplir le dossier de recueil.

Critères d'inclusion des patientes

Les 10 patientes à inclure sont les 10 premières patientes que vous voyez en consultation et qui répondent aux critères suivants :

- Patientes de 25 à 65 ans
- Patientes dont vous êtes le médecin traitant
- Patientes sans antécédent récent (moins de 2 ans) de frottis anormal (ASC-US, AGC-US, ASC-H, LSIL, HSIL)
- Patientes non hystérectomisées OU hystérectomisées mais avec col restant

Les données doivent concerner le contenu de votre dossier médical, et non les déclarations de vos patientes, que vous pouvez éventuellement faire figurer en "commentaire libre"

Analyse des données

Bien entendu, l'analyse des données se fera de manière totalement anonyme.

Elle fera l'objet d'une thèse de médecine générale, soutenue à la faculté de médecine de Nancy.

Chaque médecin participant recevra une version électronique de cette thèse et de toute éventuelle publication qui pourrait en découler.

Nous vous remercions de votre concours.

Bien confraternellement,

Docteur Patrick BASTIEN Président de l'ASOQS	Yannick RUELLE Thésard	Docteur Marie-France GERARD Directrice de Thèse
---	---------------------------	--

[Suite ->](#)

Annexe 3 : Page d'inscription des médecins investigateurs

Enquête sur l'implication des médecins généralistes lorrains dans le dépistage du cancer du col de l'utérus

Thèse de médecine générale de Yannick
RUELLE



Merci de remplir le formulaire suivant :

Remplissez ces infos afin que nous puissions
vérifier que vous faites partie des médecins
concernés

Nom* :

Prénom* :

Code postal* :

Informations nécessaires à la création de votre
identifiant

Date de naissance* :

E-mail* : (Ce sera votre
identifiant)

Votre mot de passe* :

(sans espace ni caractère accentué SVP)

Retapez votre mot de passe* :

Autres Informations utiles pour l'étude

Sexe : M F

Type d'exercice : Rural (< 2 000 hab.) Semi-rural (2
000 hab. à 10 000 hab.) Urbain (> 10 000 hab.)

Mode d'exercice : Isolé Cabinet de groupe

Maison de santé

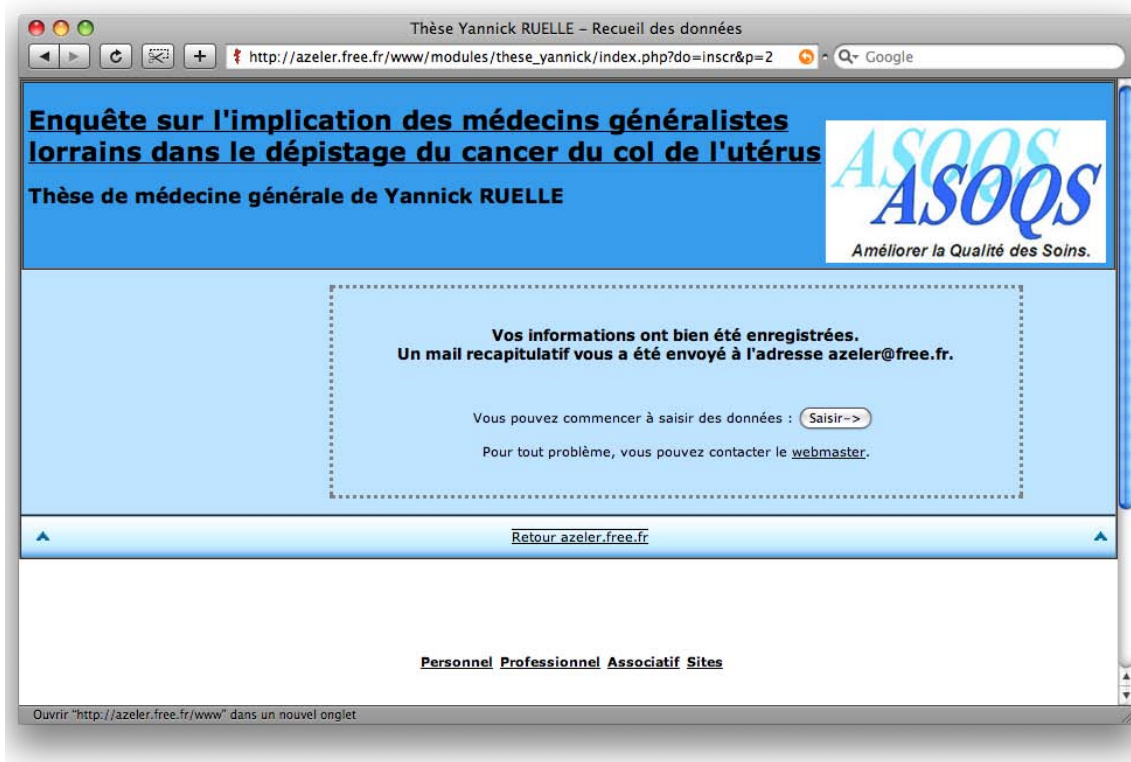
Code de sécurité :

Recopiez ce code* : (Pour éviter
l'enregistrement d'un robot)

Envoyer

Reinitialiser

Annexe 4 : Page de confirmation de l'inscription



Annexe 5 : Mail de confirmation de l'inscription

[THESE YANNICK RUELLE] Email de confirmation de votre inscription au module de saisie des données

1 message

nonotte@gmail.com <nonotte@gmail.com>
To: nonotte@ecn.asso.fr

Thu, Jul 3, 2008 at 5:48 PM

Bonjour Docteur **Test TEST**,

Vous êtes bien inscrit sur le site de saisie de données pour le projet de thèse de Yannick RUELLE. Vous pouvez accéder au module via l'adresse :

http://azeler.free.fr/www/modules/these_yannick/index.php

GARDEZ CE MAIL PRECIEUSEMENT IL CONTIENT LES INFOS PERMETTANT DE VOUS CONNECTER AU MODULE

Voici les informations que vous avez fournies lors de la création de votre compte :

Identifiant : nonotte@ecn.asso.fr

Mot de passe : test

Prenom : Test

Nom : TEST

Date de naissance : 1982-01-01

Sexe : M

Type d'exercice : Urbain

Mode d'exercice : Isole

QUELQUES RAPPELS :

Critères d'inclusion des patientes

Les 10 patientes à inclure sont les 10 premières patientes que vous voyez en consultation et qui répondent aux critères suivants :

- Patientes de 25 à 65 ans
- Patientes dont vous êtes le médecin traitant
- Patientes sans antécédent récent (moins de 2 ans) de frottis anormal (ASC-US, AGC-US, ASC-H, LSIL, HSIL)
- Patientes non hystérectomisées OU hystérectomisées mais avec col restant

Les données doivent concerner le contenu de votre dossier médical, et non les déclarations de vos patientes, que vous pouvez éventuellement faire figurer en "commentaire libre"

Analyse des données

Bien entendu, l'analyse des données se fera de manière totalement anonyme.

Elle fera l'objet d'une thèse de médecine générale, soutenue à la faculté de médecine de Nancy.

Chaque médecin participant recevra une version électronique de cette thèse et de toute éventuelle publication qui pourrait en découler.

Nous vous remercions de votre concours.

Bien confraternellement,

Docteur Patrick BASTIEN
Président de l'ASOQS

Yannick RUELLE
Thésard


Docteur Marie-France
GERARD
Directrice de Thèse

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Cet accès se fait en ligne, à l'adresse <http://azeler.free.fr/www/membres.php?m=ep>

Annexe 6 : Formulaire de recueil des données

Enquête sur l'implication des médecins généralistes lorrains dans le dépistage du cancer du col de l'utérus

Thèse de médecine générale de Yannick RUELLE



Améliorer la Qualité des Soins.

Bonjour Arnaud ZELER
Se déconnecter

13/50 médecins ont créé leur identifiant.
97/500 questionnaires remplis.

[Exporter les données en CSV](#)

Nombre de questionnaires que vous avez remplis : 0/10

IDENTIFICATION DU MEDECIN TRAITANT

NOM : Prénom :

Age : ans

Sexe : M F

Type d'exercice : Rural (<2 000 hab.) Semi-rural (2 000 hab. à 10 000 hab.) Urbain (> 10 000 hab.)

Mode d'exercice : Isolé Cabinet de groupe Maison de santé

CONTENU DU DOSSIER MEDICAL

1. Date d'inclusion :

2. Age de la patiente (entre 25 et 65 ans) :

Rappel des critères d'inclusion :
Patientes de 25 à 65 ans, sans ATCD récent (moins de 2 ans) de frottis anormal (ASC-US, AGC-US, ASC-H, LSIL, HSIL), non hystérectomisées OU hystérectomisées mais avec col restant, dont le médecin généraliste est le médecin traitant.

Les données doivent concerner le contenu de votre dossier médical, et non les déclarations de vos patientes, que vous pouvez éventuellement faire figurer en "commentaire libre"

3. Motif de consultation de la patiente ? (plusieurs réponses possibles) :

Apparition d'une pathologie chronique
 Suivi d'une pathologie chronique
 Pathologie aiguë
 Geste technique
 Prise en charge psychologique
 Prévention

Autre, précisez :

4. Avez-vous effectué vous-même le dernier frottis de cette patiente ?
Oui Non Je ne sais pas

5. Si vous ne l'avez pas effectué vous-même, avez-vous reçu un retour d'informations de la part de l'effecteur du frottis (lettre, compte-rendu, double des résultats) ? Oui Non Je ne sais pas

6. Quelle est la date du dernier frottis de cette patiente ?
Date :

non renseigné

7. Quelle était la qualité de ce dernier frottis, selon le système Bethesda ?

Satisfaisante
 Insatisfaisante
 Je ne sais pas

8. Le dossier médical comporte-t-il le résultat de ce dernier frottis, selon la classification Bethesda ¹ ?
Oui Non

9. Le dossier médical comporte-t-il un système de planification du prochain frottis (alarme) ?
Oui Non

10. Combien de temps avez-vous mis pour trouver toutes ces informations dans le dossier médical ?
Moins de 1 minute Entre 1 et 3 minutes Entre 3 et 5 minutes plus de 5 minutes

Commentaire libre

(1) Classification Bethesda :

- Frottis normal
- ASC-US = atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée
- AGC-US = anomalies glandulaires
- ASC-H = atypies des cellules malpighiennes ne permettant pas d'exclure une lésion intra-épithéliale de haut grade
- LSIL = lésions intra-épithéliales de bas grade (ex-CIN 1)
- HSIL = lésions intra-épithéliales de haut-grade (Ex-CIN 2, CIN 3, CIS)

94

Annexe 7 : Message d'erreur en cas de validation d'un questionnaire incomplet

Thèse Yannick RUELLE - Recueil des données

http://azeler.free.fr/www/modules/these_yannick/index.php

Google

Enquête sur l'implication des médecins généralistes lorrains dans le dépistage du cancer du col de l'utérus

Thèse de médecine générale

ASOQS
Améliorer la Qualité des Soins.

Bonjour **Exemple EXEMPLE**
[Se déconnecter](#)

Nombre de questionnaires que vous avez remplis : 0/10

IDENTIFICATION

NOM : EXEM

Age : 39 ans

Sexe : M F

Type d'exercice : Rural (< 2 000 hab.) Semi-rural (2 000 hab. à 10 000 hab.) Urbain (> 10 000 hab.)

Mode d'exercice : Isolé Cabinet de groupe Maison de santé

CONTENU DU DOSSIER MEDICAL

1. Date d'inclusion : 13 Mai 2008

2. Age de la patiente (entre 25 et 65 ans) : 25

Rappel des critères d'inclusion :
Patientes de **25 à 65 ans, sans ATCD récent (moins de 2 ans) de frottis anormal (ASC-US, AGC-US, ASC-H, LSIL, HSIL), dont le médecin généraliste est le médecin traitant**

3. Motif de consultation de la patiente (plusieurs réponses possibles) :

Annexe 8 : Document de communication avec les médecins investigateurs



*Etude sur le dépistage du cancer du
col de l'utérus en médecine
générale
Thèse de médecine générale*

Fonctionnement du module informatique

[\(http://azeler.free.fr/www/modules/these_yannick/\)](http://azeler.free.fr/www/modules/these_yannick/)

Identification

Lors de votre premier passage sur le site, vous aurez à entrer votre nom, votre prénom et votre code postal, afin d'éviter toute connexion de personnes non concernées par cette étude.

Puis vous choisirez un identifiant (votre e-mail) et un mot de passe (au choix), et entrerez quelques données vous concernant (âge, sexe, lieu d'exercice, mode d'exercice).

Un courriel vous sera automatiquement envoyé, reprenant votre identifiant et votre mot de passe, en cas de perte.

Par la suite, vous n'aurez plus qu'à vous identifier et à remplir le dossier de recueil.

Critères d'inclusion des patientes

Les 10 patientes à inclure sont les 10 premières patientes que vous voyez en consultation et qui répondent aux critères suivants :

- Patientes de 25 à 65 ans
- Patientes dont vous êtes le médecin traitant
- Patientes sans antécédent récent (moins de 2 ans) de frottis anormal (ASC-US, AGC-US, ASC-H, LSIL, HSIL)

Analyse des données

Bien entendu, l'analyse des données se fera de manière totalement anonyme.

Elle fera l'objet d'une thèse de médecine générale, soutenue à la faculté de médecine de Nancy.

Chaque médecin participant recevra une version électronique de cette thèse et de toute éventuelle publication qui pourrait en découler.

Nous vous remercions de votre concours.

Bien confraternellement,

Docteur Patrick BASTIEN
Président de l'ASOQS

Yannick RUELLE
Thésard

Docteur Marie-France GERARD
Directrice de Thèse

Annexe 9 : Tableau de bord de suivi du remplissage des formulaires

Enquête sur l'implication des médecins généralistes lorrains dans le dépistage du cancer du col de l'utérus Thèse de médecine générale de Yannick RUELLE							 Améliorer la Qualité des Soins.
Bonjour Yannick RUELLE Se déconnecter							
	Nom	Prénom	CP	Compte	Questionnaires		
1	ROUSSEL	Yannick	54120	✓	0		
2	ROUSSEL	Yannick	54740	✓	10		
3	ROUSSEL	Yannick	54120	✗	0		
4	ROUSSEL	Yannick	54360	✗	0		
5	ROUSSEL	Yannick	54122	✗	0		
6	ROUSSEL	Yannick	54120	✗	0		
7	ROUSSEL	Yannick	54540	✗	0		
8	ROUSSEL	Yannick	54540	✗	0		
9	ROUSSEL	Yannick	54830	✓	10		
10	ROUSSEL	Yannick	54120	✗	0		
11	ROUSSEL	Yannick	54830	✗	0		
12	ROUSSEL	Yannick	54119	✗	0		
13	ROUSSEL	Yannick	54130	✗	0		
14	ROUSSEL	Yannick	54110	✓	2		
15	ROUSSEL	Yannick	54000	✗	0		
16	ROUSSEL	Yannick	54000	✗	0		
17	ROUSSEL	Yannick	54000	✗	0		
18	ROUSSEL	Yannick	88170	✓	2		
19	ROUSSEL	Yannick	54200	✓	10		
20	ROUSSEL	Yannick	54000	✗	0		
21	ROUSSEL	Yannick	54000	✗	0		
22	ROUSSEL	Yannick	54140	✗	0		
23	ROUSSEL	Yannick	54000	✗	0		
24	ROUSSEL	Yannick	55500	✗	0		
25	ROUSSEL	Yannick	55170	✗	0		
26	ROUSSEL	Yannick	55000	✗	0		
27	ROUSSEL	Yannick	55000	✗	0		
28	ROUSSEL	Yannick	55210	✗	0		
29	ROUSSEL	Yannick	55170	✗	0		
30	ROUSSEL	Yannick	55000	✓	0		
31	ROUSSEL	Yannick	88150	✗	0		
32	ROUSSEL	Yannick	88400	✓	8		
33	ROUSSEL	Yannick	88130	✓	10		
34	ROUSSEL	Yannick	88130	✗	0		
35	ROUSSEL	Yannick	88390	✓	2		
36	ROUSSEL	Yannick	88000	✗	0		
37	ROUSSEL	Yannick	88400	✗	0		
38	ROUSSEL	Yannick	88200	✓	4		
39	ROUSSEL	Yannick	88130	✗	0		
40	ROUSSEL	Yannick	57280	✗	0		
41	ROUSSEL	Yannick	57220	✓	10		
42	ROUSSEL	Yannick	57220	✗	0		
43	ROUSSEL	Yannick	55100	✗	0		
44	ROUSSEL	Yannick	57520	✗	0		
45	ROUSSEL	Yannick	57685	✗	0		
46	ROUSSEL	Yannick	55320	✗	0		
47	ROUSSEL	Yannick	57070	✗	0		
48	ROUSSEL	Yannick	57590	✓	1		
49	ROUSSEL	Yannick	57515	✗	0		
50	ROUSSEL	Yannick	55100	✗	0		

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	14
LISTE DES ABRÉVIATIONS	15
INTRODUCTION	17
I) Le cancer du col de l’utérus	17
I.1) Généralités	17
I.1.1) Incidence et mortalité en France et dans le Monde.....	17
I.1.2) Aspects économiques nationaux	17
I.2) Le cancer du col de l’utérus en Lorraine	18
I.2.1) Incidence du cancer du col de l’utérus en Lorraine	18
I.2.2) Mortalité par cancer du col de l’utérus en Lorraine.....	19
II) Le dépistage du cancer du col de l’utérus.....	19
II.1) Historique	19
II.2) Recommandations et législation française	20
II.2.1) Recommandations de la Haute Autorité de Santé	20
II.2.2) Le plan cancer.....	21
II.2.3) Loi relative à la politique de santé publique.....	22
II.3) Le taux de couverture du dépistage du cancer du col de l’utérus.....	22
II.3.1) Le taux de couverture national	22
II.3.2) Les taux de couverture des programmes de dépistage de masse.....	23
II.3.3) Le taux de couverture en Lorraine.....	23
III) Missions du médecin généraliste et dépistage	24
III.1) Définition de la WONCA.....	24
III.2) La législation française	24
III.2.1) Le Code de la santé publique	24
III.2.2) Le Code de la sécurité sociale	25
III.2.3) Convention nationale.....	25
IV) Implication du médecin généraliste dans le dépistage du cancer du col de l’utérus	26
IV.1) La situation nationale.....	26
IV.2) Résultats de plusieurs enquêtes régionales	27
IV.2.1) Dans les départements où il existe un dépistage de masse	27
IV.2.2) Résultats d’autres études.....	27

IV.3) Implication des médecins généralistes lorrains dans le dépistage du cancer du col de l'utérus.....	28
IV.4) « Offre gynécologique » en Lorraine.....	28
IV.4.1) Âge moyen des généralistes et des gynécologues.....	28
IV.4.2) Effectif et densité des généralistes et des gynécologues.....	28
IV.4.3) Accessibilité des généralistes et des gynécologues.....	29
IV.4.4) Fréquence des contacts entre médecins et patients.....	29
IV.4.5) Conclusion sur l'offre gynécologique en Lorraine.....	30
V) Problématique.....	30
MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	31
I) Présentation générale de l'étude.....	31
II) Matériel.....	31
II.1) L'ASOQS.....	31
II.1.1) Objet de l'association.....	31
II.1.2) Composition et mode de fonctionnement.....	32
II.1.3) Représentativité de l'ASOQS.....	32
II.2) Caractéristiques des médecins investigateurs.....	33
II.2.1) Âge.....	33
II.2.2) Sexe.....	33
II.2.3) Lieu d'exercice.....	33
II.2.4) Mode d'exercice.....	33
II.3) Critères d'inclusion des patientes.....	34
III) Méthode de recueil des données.....	34
III.1) Genèse du projet.....	34
III.2) Le module informatique de recueil.....	34
III.2.1) Identification des médecins.....	34
III.2.2) Première visite.....	35
III.3) Le formulaire de recueil.....	35
III.3.1) La page de recueil.....	35
III.3.2) Les données recueillies.....	36
III.3.3) Validation du formulaire.....	36
III.4) La communication avec les médecins investigateurs.....	37
III.4.1) Au début de l'étude.....	37
III.4.2) Au cours de l'étude.....	37

III.5) Saisie des résultats.....	37
IV) Méthode statistique	38
RÉSULTATS.....	39
I) Taux de réponse	39
II) Profil de la population étudiée	39
II.1) Profil des médecins répondants	39
II.1.1) Âge.....	39
II.1.2) Sexe	39
II.1.3) Lieu d'exercice	40
II.1.4) Mode d'exercice	40
II.2) Âge des patientes incluses	41
III) Intérêt des médecins pour l'étude	42
III.1) Nombre de dossiers inclus	42
III.2) Temps d'inclusion.....	42
IV) Motifs de consultation des patientes	43
IV.1) Nombre de motifs par consultation.....	43
IV.2) Types de motifs de consultation	43
IV.2.1) Chez l'ensemble des répondants	43
IV.2.2) Influence du sexe des médecins sur le motif de consultation	44
IV.2.3) Influence du lieu d'exercice des médecins sur le motif de consultation.....	44
IV.2.4) Influence de l'âge des patientes sur les motifs de consultation	45
V) Réalisation du dernier frottis par le médecin généraliste	47
VI) Retour d'informations vers le médecin généraliste.....	48
VII) Date du dernier frottis cervico-utérin.....	48
VII.1) Présence de la date du dernier frottis dans le dossier	48
VII.2) Âge du dernier frottis.....	49
VII.2.1) Âge moyen du dernier frottis	49
VII.2.2) Taux de frottis à jour.....	50
VIII) Qualité des frottis cervico-utérins.....	53
VIII.1) Présence de la qualité dans le dossier.....	53
VIII.2) Qualité du dernier frottis	53
IX) Résultat du dernier frottis cervico-utérin	54
X) Dossiers complets	55
XI) Résultats relatifs à la planification du prochain frottis.....	56

XII) Résultats relatifs à l'accessibilité des données.....	57
XII.1) Temps d'accès déclaré.....	57
XII.2) Temps de remplissage des formulaires.....	58
XII.3) Comparaison entre temps d'accès déclaré et temps de remplissage.....	59
DISCUSSION.....	60
I) Discussion sur la méthodologie	60
I.1) Points faibles.....	60
I.1.1) Biais de sélection des médecins investigateurs.....	60
I.1.2) Biais de recrutement des patientes	60
I.1.3) Taille de l'échantillon	61
I.2) Points forts	61
I.2.1) Une étude originale	61
I.2.2) Une dimension régionale	62
I.2.3) Une méthode de recueil performante	62
I.2.4) Une collaboration intéressante entre plusieurs acteurs	62
II) Discussion générale sur les résultats.....	63
II.1) Représentativité de nos échantillons	63
II.2) Intérêt des médecins pour l'étude.....	63
III) Le médecin généraliste et la réalisation des frottis.....	63
III.1) Les généralistes réalisent une part importante des frottis	63
III.2) Certains préjugés à abandonner	65
III.3) Des frottis de bonne qualité.....	65
III.4) Un préleveur sous-utilisé.....	66
IV) Informations contenues dans des dossiers médicaux	66
IV.1) Des informations insuffisantes.....	66
IV.2) Un retour d'information défaillant.....	67
IV.3) Le médecin généraliste cherche l'information.....	68
IV.4) Une bonne accessibilité des informations.....	68
IV.5) Âge des frottis	69
V) Le médecin généraliste peut-il coordonner le dépistage ?.....	69
V.1) Un coordinateur potentiel indéniable	69
V.2) Une utilisation partielle du potentiel informatique.....	69
V.3) Un coordinateur privé d'information	70
V.4) Un sentiment d'exclusion délétère	71

V.5) Les patientes, coordinatrices de fait, et mal informées	72
VI) Évolutions récentes et perspectives	73
VI.1) Loi dite « HPST »	73
VI.1.1) Affirmation législative des missions du médecin généraliste	73
VI.1.2) Certaines dispositions paradoxales abandonnées.....	74
VI.1.3) Multiplication des acteurs du dépistage et absence de coordination	75
VI.2) Effets de la vaccination contre les papillomavirus	75
VI.3) Le Contrat d'Amélioration des Pratiques	77
CONCLUSION	78
BIBLIOGRAPHIE.....	80
ANNEXES.....	89
Annexe 1 : Page d'identification des médecins investigateurs	89
Annexe 2 : Page d'explication du fonctionnement du module de recueil	90
Annexe 3 : Page d'inscription des médecins investigateurs	91
Annexe 4 : Page de confirmation de l'inscription	92
Annexe 5 : Mail de confirmation de l'inscription.....	93
Annexe 6 : Formulaire de recueil des données	94
Annexe 7 : Message d'erreur en cas de validation d'un questionnaire incomplet	95
Annexe 8 : Document de communication avec les médecins investigateurs.....	96
Annexe 9 : Tableau de bord de suivi du remplissage des formulaires	97
TABLE DES MATIÈRES	98

VU

NANCY, le 22 septembre 2009
Le Président de Thèse

NANCY, le 30 septembre 2009
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur P. JUDLIN

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, 2 octobre 2009

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKISON

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Le dépistage du cancer du col de l'utérus permet d'en faire diminuer l'incidence et la mortalité. Les médecins généralistes, acteurs par essence du dépistage, devraient être à même d'en assurer la coordination, en s'appuyant sur les dossiers de leurs patientes.

Nous avons donc étudié, grâce à un module informatique de recueil de données, le contenu des dossiers médicaux de médecins généralistes, afin de savoir s'ils contenaient les informations nécessaires à cette coordination.

32 médecins généralistes et 305 dossiers ont été inclus dans cette étude, soit un taux de participation de 64 % et un taux de remplissage de 95 %. Les médecins généralistes ont réalisé le dernier frottis cervico-utérin chez 21 % de leurs patientes, ce qui représente un quart des frottis de dépistage primaire. 98 % de ces frottis sont de bonne qualité. Les informations contenues dans les dossiers médicaux sont d'excellente qualité lorsque les médecins généralistes réalisent eux-mêmes les frottis puisque 95 % d'entre eux comportent la date, la qualité et le résultat du frottis. En revanche, lorsque le frottis n'est pas réalisé par le médecin généraliste, ces informations sont rarement présentes (9,5 % des dossiers concernés). En effet, seuls 12 % des dossiers font état d'un retour d'information vers le médecin traitant. Selon nos estimations, seulement un quart des frottis feraient ainsi l'objet d'un retour d'information.

Les médecins généralistes sont donc compétents à la fois pour prélever des frottis et pour coordonner le dépistage du cancer du col utérin. Mais ils se heurtent à un manque de retour d'information qui apparaît comme le principal obstacle à une coordination efficace du dépistage et à une amélioration de son taux de couverture. Les récentes évolutions de la loi et le dispositif du médecin traitant, créé par la loi de réforme de l'Assurance Maladie de 2004, ne semblent pas avoir modifié ce processus.

TITRE EN ANGLAIS :

The general practitioner and the cervical cancer screening coordination. Study of the contents of the medical files of 32 Lorrain practitioners.

RÉSUMÉ EN ANGLAIS :

Cervical cancer screening can reduce incidence and mortality of this cancer. General practitioners, actors by definition of the screening, should be able to assure the coordination, through the files of their patients.

We studied, through a computer module of data gathering, the contents of GPs' medical files, in order to see if they contained the information necessary for this coordination.

32 GPs and 305 folders were included in this study, both a 64 % participation rate and a 95 % filling rate. GPs have taken the last Pap smear at 21 % of their patients, what represents one-quarter of primary screening smears. 98 % of these smears are good quality. The information contained in the medical records is excellent when GP take themselves smears, 95 % including the date, the quality and the result of the smear. However, when the smear is not taken by the GP, this information is rarely available (9.5 % of the files concerned). Indeed, only 12 % of medical files show an information feedback towards the GP. According to our estimations, only a quarter of cervical smears would so be the object of an information feedback.

GPs are therefore proficient in taking smears and coordinate cervical cancer screening. But they are faced with a lack of feedback that appears as the main obstacle to an effective screening coordination and to an improving of its coverage rate. The recent evolutions of the law and especially the Health Insurance reform of 2004 do not appear to have changed this process.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE, 2009

MOTS-CLEFS :

médecine générale, dépistage, cancer du col de l'utérus, système de santé, dossiers médicaux, coordination des soins

MOTS-CLEFS EN ANGLAIS :

family practice, screening, cervical cancer, health care system, medical records, health care coordination

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex