

Année 2024

2024 TOU3 1152

# THÈSE

## POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement  
par

**Gwendoline WOWK née SABAT**

Le 10 décembre 2024

ETAT DES LIEUX DE LA PARTICIPATION AU DÉPISTAGE DU CANCER DU COL UTÉRIN DES  
INTERNES EN MÉDECINE GÉNÉRALE DE MIDI PYRÉNÉES

Directeur de thèse : Dr Pauline MUNIER

### JURY :

<b>Madame le Professeur Julie DUPOUY</b>	Président
<b>Madame le Docteur Pauline MUNIER</b>	Assesseur
<b>Madame le Docteur Lola HUG</b>	Assesseur

**FACULTÉ DE SANTÉ**  
**Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical**  
**Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS**

**Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine**  
**2023-2024**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Eie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BRÔS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIER Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSÉ Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		

**Professeurs Émérites**

Professeur BUJAN Louis	Professeur LAROCHE Michel	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	Professeur SIZUN Jacques
Professeur CARON Philippe	Professeur LAUQUE Dominique	Professeur PARINI Angelo	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur PERRET Bertrand	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSÉ Bernard	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LANG Thierry	Professeur MESTHE Pierre	Professeur SERRE Guy	Mise à jour le 14/05/2024

**FACULTÉ DE SANTÉ**  
**Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**P.U. - P.H.**  
**Classe Exceptionnelle et 1ère classe**

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'urgence
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétiq
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LUBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MALAVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovascul
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
Mme BURAU-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépat	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAL Louis (C.E)	Hépat	M. MOLNIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépat
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	Mme PERROT Aurora	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chr. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies infectieuses	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALES DE GALZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SERRANO Elke (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIERES Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URD-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

**P.U. Médecine générale**

Mme DUPOUY Julie  
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)  
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

**FACULTÉ DE SANTÉ**  
**Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical**

P.U. - P.H. 2ème classe	Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	<b>Professeurs Associés de Médecine Générale</b>
Mme BONGARD Vanina	M. ABITTEBOUL Yves
M. BOUNES Vincent	M. BIREBENT Jordan
Mme BOURNET Barbara	M. BOYER Pierre
Mme CASPER Charlotte	Mme FREYENS Anne
M. CAVAIGNAC Etienne	Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. COGNARD Christophe	Mme LATROUS Leila
Mme CORRE Jill	M. POUTRAIN Jean-Christophe
Mme DALENC Florence	M. STILLMUNKES André
M. DE BONNEGAZE Guillaume	<b>Professeurs Associés Honoraires</b>
M. DECRAMER Stéphane	Mme MALAVALD Sandra
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Mme PAVY LE TRAON Anne
M. EDOUARD Thomas	M. SIBAUD Vincent
M. FAGUER Stanislas	Mme WOISARD Virginie
Mme FARUCH BILFELD Marie	
M. FRANCHITTO Nicolas	
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	
M. GUERBY Paul	
M. GUIBERT Nicolas	
M. GUILLEMINAULT Laurent	
M. HOUZE-CERFON	
M. HERIN Fabrice	
M. LAIREZ Olivier	
M. LEANDRI Roger	
M. LHERMUSIER Thibault	
M. LOPEZ Raphael	
Mme MARTINEZ Alejandra	
M. MARX Mathieu	
M. MEYER Nicolas	
Mme MOKRANE Fatima	
Mme MONTASTIER Emilie	
Mme PASQUET Marlène	
M. PIAU Antoine	
M. PORTIER Guillaume	
M. PUGNET Grégory	
M. REINA Nicolas	
M. REINAUDINEAU Yves	
M. REVET Alexis	
M. ROUMIGUIE Mathieu	
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	
M. SAVALL Frédéric	
M. SILVA SIFONTES Stein	
M. TACK Ivan	
Mme VAYSSE Charlotte	
Mme VEZZOSI Delphine	
M. YRONDI Antoine	
M. YSEBAERT Lotc	
Chirurgie infantile	
Epidémiologie, Santé publique	
Médecine d'urgence	
Gastro-entérologie	
Pédiatrie	
Chirurgie orthopédique et traumatologie	
Radiologie	
Hématologie	
Cancérologie	
Anatomie	
Pédiatrie	
Oto-rhino-laryngologie	
Pédiatrie	
Néphrologie	
Radiologie et imagerie médicale	
Addictologie	
Chirurgie Plastique	
Gynécologie-Obstétrique	
Pneumologie	
Pneumologie	
Médecine d'urgence	
Médecine et santé au travail	
Biophysique et médecine nucléaire	
Biologie du dével. et de la reproduction	
Cardiologie	
Anatomie	
Gynécologie	
Oto-rhino-laryngologie	
Dermatologie	
Radiologie et imagerie médicale	
Nutrition	
Pédiatrie	
Médecine interne	
Chirurgie Digestive	
Médecine interne	
Chirurgie orthopédique et traumatologique	
Immunologie	
Pédo-psychiatrie	
Urologie	
Rhumatologie	
Médecine légale	
Résuscitation	
Physiologie	
Cancérologie	
Endocrinologie	
Psychiatrie	
Hématologie	

**FACULTÉ DE SANTÉ**  
**Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**MCU - PH**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Chirurgie viscérale et digestive	M. HAMDJ Safoune	Biochimie
M. BIETH Eric	Hématologie, transfusion	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOST Chloé	Génétiq ue	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOUNES Fanny	Immunologie	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Anesthésie-Réanimation	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAL Etienne	Pneumologie	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Chirurgie viscérale et digestive	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie et biologie moléculaire	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Biochimie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Pédiatrie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Nutrition	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Ophthalmologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Parasitologie	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Biophysique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Génétiq ue	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Maqail	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Anatomie et cytologie pathologiques	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Médecine interne	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Immunologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUIROT Jonathan	Pharmacologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Neurologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétiq ue
Mme DE GLIZEZINSKY Isabelle	Pharmacologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Physiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Rhumatologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Cardiologie	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Médecine Légale	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Pharmacologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SIEGFRIED Aurora	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRl Margherita	Médecine du travail	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Neurologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Parasitologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Bactériologie-Virologie	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Nutrition	Mme VUA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
	Biophysique		

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
M. CHICOLAA Bruno  
M. ESCOURROU Emilie  
Mme GIMENEZ Laetitia

**Maîtres de Conférence Associés**

**M.C.A. Médecine Générale**

Mme BOURGEOIS Odile  
Mme BOUSSIER Nathalie  
Mme DURRIEU Florence  
Mme FRANZIN Emilie  
M. GACHES Hervé  
M. PEREZ Denis  
M. PIPONNIER David  
Mme PUECH Marielle  
M. SAVIGNAC Florian

# Remerciements aux membres du jury

A ma Présidente de jury,

**Madame le Professeur Julie DUPOUY**

Je vous exprime ma profonde gratitude pour l'honneur que vous me faites d'avoir accepté de présider mon jury de thèse.

A ma Directrice de thèse,

**Madame la Docteur Pauline MUNIER**

Je te remercie chaleureusement d'avoir accepté de diriger ma thèse. Ton soutien a été inestimable, y compris durant les moments difficiles de ma vie personnelle, et tes conseils avisés ont été essentiels à l'aboutissement de ce travail. Je tiens à t'exprimer toute ma sincère reconnaissance.

**Madame la Docteur Lola HUG**

J'ai le privilège d'être la première interne pour laquelle tu fais partie du jury de thèse, et je te remercie chaleureusement pour l'honneur que tu me fais en jugeant mon travail. Je tiens également à te remercier pour ta bienveillance et ta bonne humeur tout au long de mon stage à la Maison de Santé, où tu as grandement contribué à mon enrichissement professionnel, aux côtés des autres médecins du cabinet.

# Remerciements personnels

## **A Timothée, mon mari adoré,**

Merci pour ton soutien indéfectible depuis nos débuts. Tu n'as jamais cessé de croire en moi, même lors des moments où j'ai douté. Ta présence à mes côtés est une force inestimable qui illumine mes jours. Je suis fière de partager ma vie avec toi et d'attendre notre enfant, que j'aime déjà tant. Je t'aime profondément, sache que je serai toujours là pour toi, prête à te soutenir et à partager chaque étape de notre parcours ensemble.

## **A mes parents,**

Je tiens à vous exprimer ma profonde gratitude pour l'amour inconditionnel, les valeurs que vous m'avez transmises et le soutien constant que vous m'avez toujours apporté. Votre présence et vos encouragements ont été des piliers essentiels dans ma vie. Je vous aime de tout mon cœur et je suis reconnaissante d'avoir des parents aussi extraordinaires.

## **A ma soeur Bénédicte, et à mon frère Vincent,**

Loin des yeux mais toujours près du cœur, je chéris tendrement les souvenirs d'enfance que nous avons partagés. J'ai hâte de vous voir vous épanouir dans vos futurs rôles de tata et tonton.

## **A ma belle-famille,**

Merci pour l'accueil chaleureux que vous m'avez réservé au sein de votre magnifique famille et pour les encouragements constants que vous m'avez toujours témoignés.

## **A mon ami Yohann,**

Je te suis profondément reconnaissante pour ton aide précieuse lors de l'analyse des résultats, ainsi que pour ta patience et tes relectures minutieuses.

## **A mes amies Aline, Laura, Tania, Gwendo et Marie,**

Vous avez su rendre ces années d'études difficiles beaucoup plus douces, et je chérirai toujours les excellents souvenirs que nous avons partagés au cours de cette période. Je me réjouis d'avance à l'idée de tous les bons moments qui nous attendent à l'avenir.

## **A tous mes maîtres de stage,**

Je vous remercie pour tout ce que vous m'avez apporté, tant sur le plan professionnel que sur le plan humain. Merci de m'avoir fait partager votre passion pour ce beau métier.

# Table des matières

Liste des abréviations.....	2
1. Introduction.....	3
a. Lésions précancéreuses et cancer du col de l’utérus.....	3
b. Les internes en médecine générale.....	6
c. Justification de l’étude.....	6
2. Matériel et méthodes.....	7
a. Type d’étude.....	7
b. Population étudiée.....	7
c. Questionnaire.....	7
d. Analyse.....	9
e. Ethique.....	10
3. Résultats.....	11
a. Généralités.....	11
b. Informations générales sur notre échantillon.....	11
c. Pratique en tant que professionnelles de santé.....	14
d. Antécédents dans l’entourage des répondantes.....	15
e. Antécédents personnels des répondantes.....	17
f. Suivi gynécologique des répondantes.....	23
g. Conclusion des résultats.....	28
4. Discussion.....	29
a. Principaux résultats.....	29
b. Discussion des résultats.....	30
c. Discussion de la méthode.....	35
d. Perspectives.....	37
5. Conclusion.....	38
6. Références bibliographiques.....	39
7. Annexe.....	41

# Liste des abréviations

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance maladie

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance maladie

DES : Diéthylstilbestrol

ECN : Examen Classant National

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HPV : Human Papilloma Virus

HSH : Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

HSV 2 : Herpes-Simplex Virus Type 2

IMC : Indice de Masse Corporelle

IP : Internet Protocol

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

# 1. Introduction

## a. Lésions précancéreuses et cancer du col de l'utérus

### i. Physiopathologie

Les carcinomes représentent la quasi-totalité des cancers du col utérin. Dans 80 à 90% des cas, il s'agit de carcinomes épidermoïdes développés aux dépens de l'épithélium malpighien de l'exocol. Les 10 à 20 % restants sont des adénocarcinomes développés aux dépens de l'épithélium glandulaire de l'endocol [1,2]. Le cancer du col de l'utérus est attribuable dans presque 100% des cas à une infection par un papillomavirus humain (HPV). Il s'agit d'une infection fréquente, touchant 9 personnes sur 10 [1,3]. Il existe plus de 150 génotypes de HPV dont une vingtaine sont à risque oncogène. Parmi eux, les HPV 16 et 18 sont incriminés dans 70% des cas de cancer du col de l'utérus. Dans 90% des cas, l'infection disparaît spontanément. Dans les 10% des cas restants, l'infection persiste et peut entraîner le développement de lésions précancéreuses qui elles-mêmes peuvent évoluer en cancer dans un délai de 10 à 15 ans après l'infection par le virus [3].

### ii. Facteurs de risque

Les facteurs de risque avérés de développer un cancer du col de l'utérus sont les suivants :

- infection à un HPV oncogène
- activité sexuelle :
  - la multiplicité des partenaires sexuels accroît le risque d'être exposé aux HPV oncogènes
  - âge précoce des premiers rapports sexuels
- tabagisme : ce dernier diminue la clairance virale spontanée et favorise la persistance de l'infection à HPV
- multiparité
- infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
- antécédent d'infection à chlamydia trachomatis ou au virus herpès simplex de type 2
- utilisation prolongée de contraceptifs oraux (plus de 5 ans)

- diéthylstilbestrol (DES) : les filles de femmes ayant pris du DES pendant leur grossesse ont un risque plus élevé de développer un cancer du col utérin

La prise d'immunosuppresseurs est un facteur de risque possible de cancer du col de l'utérus (niveau de preuve insuffisant pour affirmer qu'il s'agit d'un facteur de risque avéré) [4].

### **iii. Symptômes**

Le cancer du col de l'utérus est dans la plupart des cas asymptomatique au début de son évolution, d'où l'importance d'un dépistage régulier. Les symptômes pouvant apparaître à un stade plus avancé sont aspécifiques et comprennent notamment les saignements vaginaux post coïtaux, les métrorragies, les douleurs pendant les rapports, les pertes vaginales, les douleurs pelviennes et lombaires [5].

### **iv. Epidémiologie**

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le cancer du col de l'utérus est le quatrième cancer le plus courant chez la femme dans le monde. En 2022, on recense 660 000 nouveaux cas et 350 000 décès. Le taux d'incidence et la mortalité sont plus élevés dans les pays en voie de développement en raison de grandes inégalités d'accès aux services de vaccination, de dépistage et de traitement du cancer du col utérin [6].

En France métropolitaine, on estime à 3159 le nombre de nouveaux cas de cancers du col de l'utérus en 2023. Le cancer du col de l'utérus est le 12ème cancer le plus fréquent chez les femmes en 2018 [7,8].

En France métropolitaine, la survie nette standardisée à 5 ans est de 63% pour les cas de cancer du col diagnostiqués en 2010-2015 [7].

### **v. Moyens de prévention**

Il existe deux moyens de prévention complémentaires et efficaces du cancer du col de l'utérus : la vaccination (prévention primaire) et le dépistage (prévention secondaire). Il est important de préciser que, même vaccinées, les femmes doivent se faire dépister car la vaccination ne protège pas contre tous les cancers du col de l'utérus.

La vaccination contre les HPV est recommandée chez les filles et, depuis plus récemment (janvier 2021) chez les garçons âgés de 11 à 14 ans révolus. En rattrapage, elle est recommandée de 15 à 19 ans révolus. Elle est également recommandée pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) jusqu'à l'âge de 26 ans révolus en

prévention des lésions précancéreuses et cancéreuses anales et des condylomes.

Deux vaccins sont disponibles sur le marché : un vaccin bivalent, Cervarix®, qui protège contre les HPV 16 et 18 et un vaccin nonavalent contre les HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58), Gardasil 9®. Le Haut Conseil de la santé publique recommande d'initier toute nouvelle vaccination avec le vaccin Gardasil 9®. Avec ce dernier, le schéma est le suivant : entre 11 et 14 ans révolus, deux injections espacées de 6 à 13 mois ; entre 15 et 19 ans révolus, 3 injections sont préconisées, la deuxième a lieu 2 mois après la première et la troisième 6 mois après la première ; pour les HSH, jusqu'à 26 ans révolus trois doses sont administrées, la deuxième dose est faite deux mois après la première et la troisième 6 mois après la première [9].

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est un examen simple, indolore et rapide. Il est dans la majorité des cas réalisé par un médecin généraliste, un gynécologue, une sage-femme ou un biologiste médical. Il est proposé aux femmes âgées de 25 à 65 ans selon deux modalités :

- Entre 25 et 29 ans, le dépistage consiste en la réalisation d'un examen cytologique (prélèvement de cellules du col à l'aide d'une brosette puis examen au microscope), les deux premiers à 1 an d'intervalle, puis, en cas de normalité, un frottis à 3 ans.
- Entre 30 et 65 ans, le dépistage consiste en la détection des virus HPV à haut risque sur les cellules prélevées au niveau du col utérin, il est réalisé 3 ans après la dernière cytologie dont le résultat est normal puis tous les 5 ans dès lors que le résultat est négatif [10].

Un programme national de dépistage organisé du cancer du col est en place depuis 2018 (avant le dépistage était réalisé de manière individuelle). Dans le cadre de ce programme, l'examen est pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie sur présentation du courrier d'invitation dématérialisé disponible sur le compte ameli (conservé 6 mois) ou reçu par voie postale. Le prélèvement cervico-utérin est pris en charge à 70%. Les complémentaires santé remboursent dans la plupart des cas le montant restant. Depuis janvier 2024, les invitations au dépistage du cancer du col sont adressées par l'Assurance Maladie aux patientes n'ayant pas fait le dépistage dans les délais recommandés par voie dématérialisée (compte ameli) ou par voie postale. Pour ces deux formats, il n'y a donc plus d'étiquettes [10,11].

L'Assurance Maladie adresse également aux médecins traitants la liste de leurs patientes non à jour du dépistage afin de leur permettre d'engager la discussion au sujet du dépistage organisé avec les patientes concernées [10].

## **b. Les internes en médecine générale**

Les internes en médecine générale vont tenir une place essentielle dans la médecine de premier recours dans les décennies à venir. Or, la littérature révèle la fragilité de cette population sur le plan du suivi médical avec notamment un recours insuffisant au médecin traitant et un recours excessif à l'auto prescription comme le souligne Laetitia Backhouse dans sa thèse d'exercice [12]. Le statut de médecin et les représentations qui y sont associées peuvent conduire les internes à négliger leur santé et notamment les examens de prévention [13]. Néanmoins, la féminisation croissante de la population médicale est à l'origine d'évolutions tant dans les pratiques professionnelles que dans la manière dont elles prennent en charge leur propre santé [2].

## **c. Justification de l'étude**

Finalement, aucun travail portant sur le taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus des internes en médecine générale n'a été réalisé depuis la généralisation du dépistage organisé en mai 2018. Or, nous pensons qu'il était intéressant d'étudier l'impact de sa mise en place sur le taux de participation au dépistage de cette population qui est d'autant plus légitime pour le promouvoir qu'elle même est à jour du sien.

**Notre question de recherche était : Les internes en médecine générale de Midi Pyrénées participent-elles autant au dépistage organisé du cancer du col utérin que les femmes issues de la population générale ?**

**L'objectif principal de l'étude était donc de savoir si les internes en médecine générale de Midi Pyrénées participent autant au dépistage organisé du cancer du col utérin que les femmes issues de la population générale.**

**Les objectifs secondaires étaient la recherche des freins et leviers à la participation de ces professionnelles à ce dépistage.**

## 2. Matériel et méthodes

### a. Type d'étude

Pour répondre à cette question de recherche et aux objectifs énoncés, nous avons réalisé une étude descriptive quantitative à l'aide d'un questionnaire anonyme en ligne.

### b. Population étudiée

#### i. Critères d'inclusion

Notre étude a exclusivement porté sur les internes en médecine générale de sexe féminin inscrites à la faculté de médecine Toulouse-Rangueil au sein des trois promotions suivantes : 2021, 2022 et 2023.

Nous avons interrogé la scolarité du troisième cycle de la faculté de médecine Toulouse-Rangueil afin de connaître le nombre total de femmes internes en médecine générale inscrites au sein de ces trois promotions.

#### ii. Critères d'exclusion

Les femmes médecins généralistes des promotions antérieures à 2021, ayant terminé leur internat, ainsi que les internes exerçant une spécialité autre que la médecine générale et les internes en médecine générale des promotions 2021, 2022 et 2023 travaillant en dehors de la région Midi-Pyrénées ont été exclues de l'étude.

### c. Questionnaire

#### i. Support

Le questionnaire a été rédigé à l'aide de l'outil Google Forms® et était à compléter de manière anonyme directement en ligne. Une copie dudit questionnaire est visible en annexe 1.

#### ii. Contenu

Il comportait un total de 29 questions et se composait de 5 parties :

- La première partie s'intitulait "informations générales" et s'intéressait aux caractéristiques des internes interrogées : année d'internat, âge,

unicité/multiplicité/absence de partenaire(s) sexuel(s) récents, profession du conjoint le cas échéant, notion de médecin traitant déclaré ou non.

- La deuxième partie s'appelait "pratique en tant que professionnelle de santé" et portait sur les pratiques des internes interrogées : recommandation ou non du dépistage du cancer du col de l'utérus aux patientes qu'elles prennent en charge, réalisation régulière ou non de dépistages sur leurs patientes, si non pour quelles raisons, connaissance ou non des recommandations en vigueur pour le dépistage du cancer du col de l'utérus.
- La troisième partie intitulée "antécédents familiaux" s'attachait à recueillir la notion d'antécédent de conisation, de cancer du col de l'utérus, de cancer gynécologique hors col (endomètre, ovaire, sein) et de cancer non gynécologique chez un proche de la répondante.
- La quatrième partie, "antécédents personnels" comportait des questions sur le statut vaccinal contre les HPV, l'âge du premier rapport sexuel, l'indice de masse corporelle (IMC), le fait d'avoir ou non des enfants, la notion de maladie chronique, la présence de facteurs de risque de cancer du col utérin, la notion d'antécédent de dépistage de cancer du col anormal.
- La cinquième et dernière partie, "suivi gynécologique" portait sur le propre suivi gynécologique des répondantes : ancienneté et rythme du suivi, professionnel assurant le suivi et le dépistage, notion de dépistage à jour ou non au regard des recommandations en vigueur, raisons si non à jour, facteurs motivant la réalisation des examens de dépistage du cancer du col de l'utérus, solutions proposées pour améliorer l'accès au dépistage et donc la couverture du dépistage dans la population des internes.

Une première question permettait d'exclure les internes de sexe masculin de l'étude.

La durée moyenne de remplissage du questionnaire était de 5 minutes.

### **iii. Période et mode de diffusion du questionnaire**

Le questionnaire a été envoyé via une messagerie en ligne aux groupes dédiés à chaque promotion d'internes en médecine générale de Toulouse ayant passé l'Examen Classant National (ECN) en 2021, 2022 et 2023. Il a été diffusé pour la première fois le 7 novembre 2023, suivi d'une relance le 10 décembre 2023, et enfin d'une dernière relance le 2 mars 2024.

### **iv. Recueil du consentement**

Le questionnaire était précédé d'un court texte introductif présentant l'étude et précisant l'anonymat des données recueillies. A l'issue de cette lecture, les internes qui ne voulaient pas participer ne donnaient aucune réponse aux questions subséquentes.

### **v. Procédure d'anonymisation et de protection des données**

Les données ont été collectées de manière anonyme. Aucune information personnelle telle que l'identité, la date de naissance ou l'adresse électronique n'a été demandée. Chaque questionnaire rempli a été codé et attribué à un numéro unique. Les paramètres de confidentialité ont été configurés pour limiter les réponses à une par personne et pour masquer les adresses IP.

Les données des répondantes ont été stockées sur un ordinateur personnel sécurisé par un mot de passe, dans un fichier également protégé par un mot de passe. Aucune donnée de participantes n'a été transmise par e-mail. Une période de conservation maximale de 3 ans a été établie.

Les participantes ont été informées de leur droit de contacter le délégué à la protection des données du DUMG et la CNIL en cas de questions ou de réclamations.

## **d. Analyse**

L'analyse statistique descriptive des résultats a été faite grâce au logiciel Microsoft Excel, en précisant pour chaque variable qualitative l'effectif et le pourcentage de distribution. Pour effectuer notre analyse comparative, nous avons utilisé l'outil numérique en ligne BiostaTGV. Nous avons eu recours au test du  $\chi^2$  pour comparer les distributions des variables qualitatives lorsque les effectifs étaient suffisamment importants, c'est-à-dire supérieurs à 5. Nous avons utilisé le test exact de Fisher lorsque l'un des effectifs était

inférieur à 5.

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

#### **e. Ethique**

Les données recueillies dans le cadre de cette étude permettaient de respecter le consentement, l'anonymat et la liberté des participantes. Cette étude ne relevait pas de la juridiction proposée par la loi Jardé. Nous avons sollicité la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) avant la diffusion du questionnaire pour nous assurer de la conformité de notre travail avant sa poursuite. Nous avons été inscrits dans le tableau d'enregistrement recherche et thèses sous le numéro 2023WG119.

## 3. Résultats

### a. Généralités

Entre le 7 novembre 2023 et le 5 mars 2024, nous avons recueilli un total de **111 réponses** à notre questionnaire. Un questionnaire a été exclu car le répondant était un homme. La scolarité du troisième cycle de la faculté de médecine Toulouse-Rangueil nous a communiqué le nombre total de femmes internes en médecine générale inscrites au sein des trois promotions 2021, 2022 et 2023, nous avons ainsi pu calculer le **taux de réponses** à notre questionnaire qui s'élève à **36,8%**.

### b. Informations générales sur notre échantillon

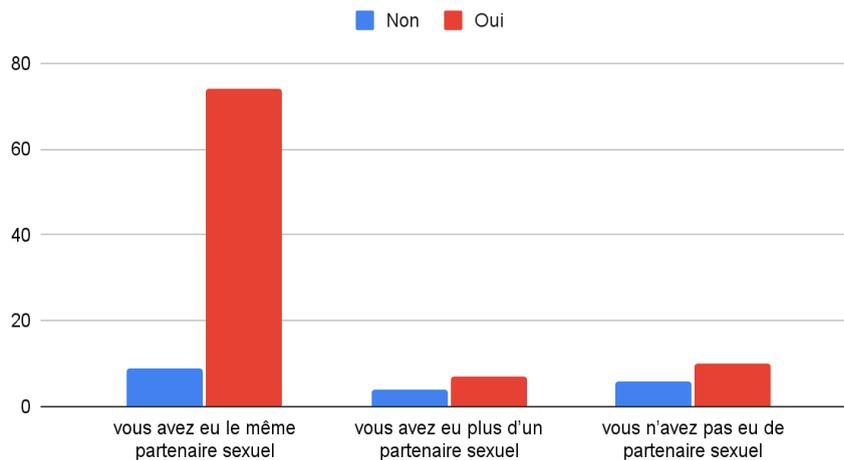
Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

Intitulé des questions	Nombre de réponses	Pourcentage
<b>Vous êtes</b>		
En première année d'internat	23	20,70%
En deuxième année d'internat	38	34,20%
En troisième année d'internat	50	45%
<b>Votre âge</b>		
24 ans ou moins	11	9,90%
25 ans	34	30,60%
26 ans	26	23,40%
27 ans	28	25,20%
28 ans	6	5,40%
29 ans	1	0,90%
30 ans ou plus	5	4,50%
<b>Nombre de partenaires sexuels ces 4 derniers mois</b>		
un	84	75,70%
plus d'un	11	9,90%
aucun	16	14,40%
<b>Situation amoureuse</b>		
Conjoint médecin	21	18,90%
Conjoint non médecin	63	56,80%
Pas en couple	27	24,30%
<b>Vous avez un médecin traitant</b>		
Oui	71	64%
Non	40	36%

### i. Nombre de partenaires sexuels

Nous voulions savoir si le nombre de partenaires sexuels au cours des 4 derniers mois influençait la participation au dépistage. Le test de Fisher réalisé était **statistiquement significatif**. **Le fait d'avoir eu le même partenaire sexuel au cours des 4 derniers mois était positivement corrélé au fait d'être à jour de son dépistage.**

Êtes-vous à jour pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, en fonction du nombre de partenaires sexuels ces quatre derniers mois ?

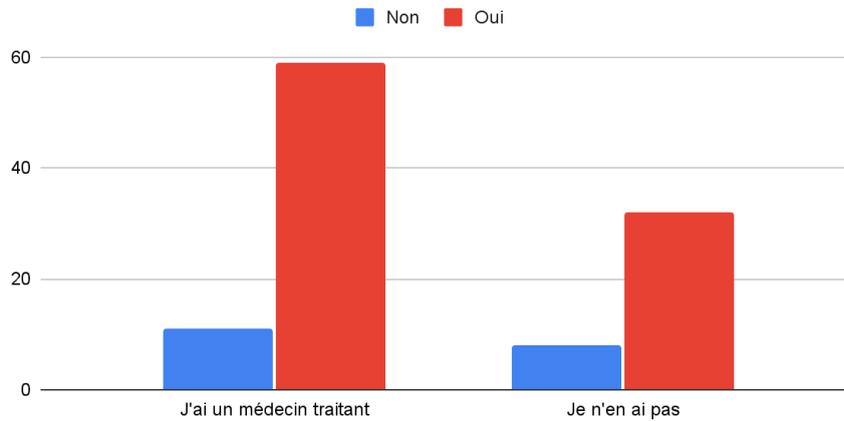


**Figure 1 : Statut du dépistage en fonction du nombre de partenaires sexuels ces quatre derniers mois**  
Méthode : Fisher's Exact Test for Count Data; Alternative :two.sided  
p-value : 0.0059643399272749

### ii. Médecin traitant déclaré ou non

Nous voulions savoir si le fait d'avoir déclaré un médecin traitant influençait la participation au dépistage. Le test de Chi-2 réalisé ne retrouvait pas d'association **statistiquement significative** entre le fait d'être à jour de son dépistage et le fait d'avoir déclaré un médecin traitant.

Êtes-vous à jour pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, selon le fait d'être suivie ou non par un médecin traitant ?



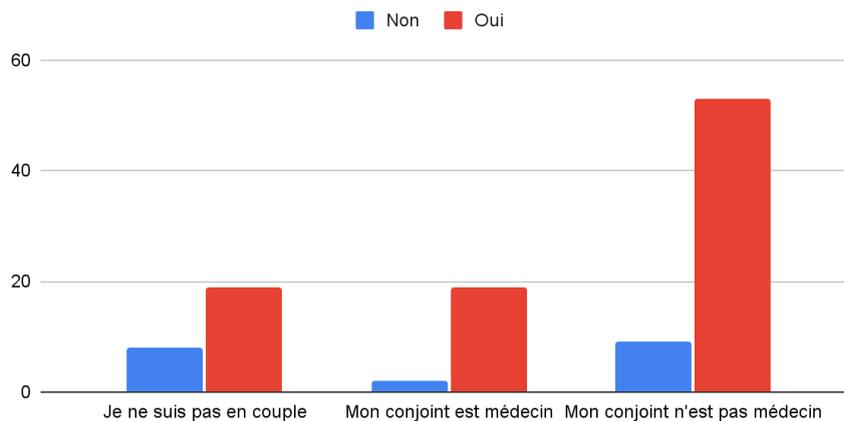
**Figure 2 : Statut du dépistage en fonction de la déclaration ou non d'un médecin traitant**

Méthode : Pearson's Chi-squared test  
 Statistique observée Qobs : 0.32719160538709  
 p-value : 0.56731747079282

### iii. Situation amoureuse et conjoint médecin ou non le cas échéant

Nous voulions savoir si le fait d'avoir un conjoint médecin influençait la participation au dépistage du cancer du col. **Le test de Fisher réalisé était non statistiquement significatif entre le fait d'avoir un conjoint médecin et le fait d'être à jour de son dépistage.**

Êtes-vous à jour pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, selon que votre conjoint est ou non médecin ?



**Figure 3 : Statut du dépistage en fonction de la situation amoureuse et du fait que le conjoint soit médecin ou non**

Méthode : Fisher's Exact Test for Count Data; Alternative :two.sided  
 p-value : 0.14592347399272

### c. Pratique en tant que professionnelles de santé

Tableau 2 : Pratique en tant que professionnelles de santé de l'échantillon

Intitulé des questions	Nombre de réponses	Pourcentage
<b>Vous recommandez à vos patientes le dépistage du cancer du col utérin</b>		
Oui	110	99,10%
Non	1	0,90%
<b>Vous pratiquez régulièrement des dépistages du cancer du col utérin à vos patientes</b>		
Oui	75	67,60%
Non	36	32,40%
<b>Si non, parce que</b>		
je ne sais pas faire	4	10,50%
je ne souhaite pas en faire	3	7,90%
l'occasion ne s'est pas présentée	31	81,60%
<b>Vous connaissez les dernières recommandations en terme de dépistage de cancer du col</b>		
Oui	105	94,60%
Non	6	5,40%

#### i. Réalisation d'examen de dépistage de cancer du col dans le cadre de la pratique professionnelle

Nous voulions savoir si le fait de réaliser soi-même des dépistages du cancer du col aux patientes influençait la participation au dépistage. Le test de Chi-2 réalisé montrait une association non statistiquement significative entre le fait de réaliser des dépistages dans sa pratique professionnelle et le fait d'être soi-même à jour de son dépistage.

Êtes-vous à jour pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, en fonction de votre pratique professionnelle de réaliser ou non des dépistages vous-même ?

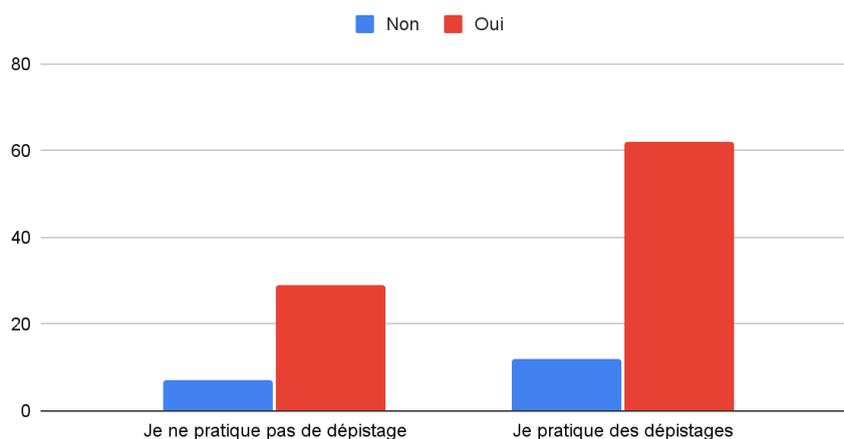


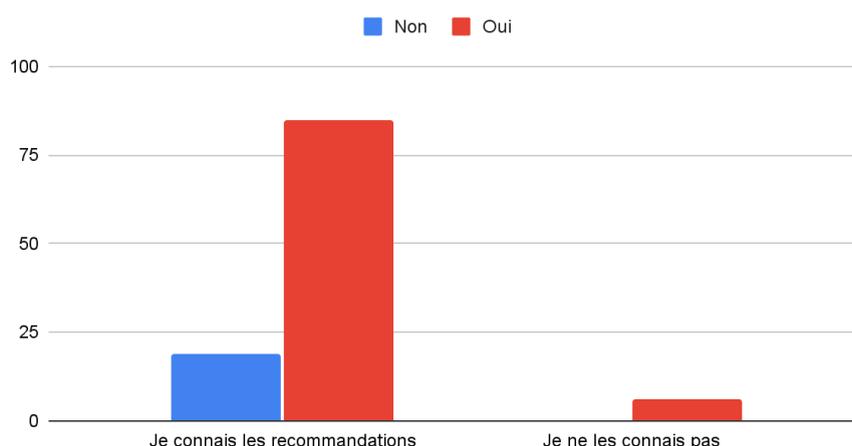
Figure 4 : Statut du dépistage en fonction du fait de réaliser des dépistages aux patientes dans le cadre de la pratique professionnelle

Méthode : Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction  
 Statistique observée Qobs : 0.022950220318641  
 p-value : 0.87958659469484

## ii. Connaissance des dernières recommandations en vigueur pour le dépistage du cancer du col utérin

Nous voulions savoir si le fait d'avoir connaissance des dernières recommandations en termes de dépistage du cancer du col utérin influençait la participation au dépistage. Le test de Fisher réalisé n'était pas statistiquement significatif, ce qui indiquait que la connaissance de ces recommandations n'augmentait pas la participation au dépistage.

Êtes-vous à jour pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, selon la connaissance ou non des dernières recommandations en termes de dépistage du cancer du col utérin ?



**Figure 5 : Statut du dépistage en fonction de la connaissance ou non des dernières recommandations**

Méthode : Fisher's Exact Test for Count Data; Alternative :two.sided  
p-value : 0.58746689660416

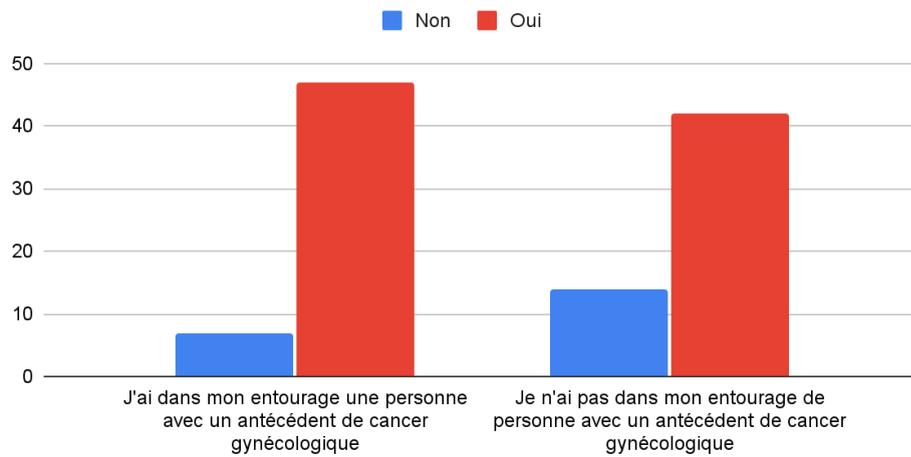
## d. Antécédents dans l'environnement des répondantes

**Tableau 3 : Antécédents des proches des participantes à l'étude**

Intitulé des questions	Nombre de réponses	Pourcentage
<b>Avez-vous dans votre entourage proche une personne qui a un antécédent de conisation ?</b>		
Oui	21	18,90%
Non	90	81,10%
<b>Avez-vous dans votre entourage proche une personne qui a un antécédent de cancer du col de l'utérus ?</b>		
Oui	7	6,30%
Non	104	93,70%
<b>Avez-vous dans votre entourage proche une personne qui a un antécédent de cancer gynécologique hors col ?</b>		
Oui	52	46,80%
Non	59	53,20%
<b>Avez-vous dans votre entourage proche une personne qui a un antécédent de cancer non gynécologique ?</b>		
Oui	71	64%
Non	40	36%

Le test de Chi-2 réalisé montrait que le fait d'avoir dans son entourage une personne ayant un antécédent de cancer gynécologique n'était pas statistiquement associé au fait d'être suivie sur le plan gynécologique.

Êtes-vous suivie sur le plan gynécologique en fonction des antécédents de cancer gynécologique de votre entourage ?



**Figure 6 : Suivi gynécologique ou non en fonction de la présence d'une personne avec un antécédent de cancer gynécologique dans l'entourage**

Méthode : Pearson's Chi-squared test  
Statistique observée Qobs : 2.5787210431405  
p-value : 0.10830914209281

## e. Antécédents personnels des répondantes

Tableau 4 : Antécédents personnels des participantes à l'étude

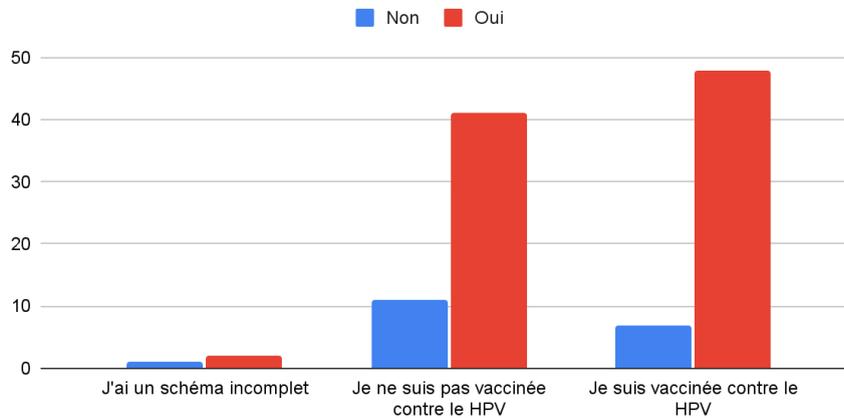
Intitulé des questions	Nombre de réponses	Pourcentage
<b>Êtes-vous vaccinée contre les HPV ?</b>		
Oui	56	50,50%
Non	52	46,80%
J'ai un schéma incomplet	3	2,70%
<b>Age au premier rapport sexuel</b>		
14 ans ou moins	6	5,40%
entre 15 et 25 ans	99	89,20%
après 25 ans	1	0,90%
je n'en ai jamais eu	5	4,50%
<b>IMC</b>		
inférieur à 18,5	9	8,10%
entre 18,5 et 24,9	89	80,20%
entre 25 et 29,9	10	9%
supérieur ou égal à 30	3	2,70%
<b>Enfant ou grossesse actuelle</b>		
Oui	7	6,30%
Non	104	93,70%
<b>Maladie chronique</b>		
Oui	10	9%
Non	101	91%
<b>Facteurs de risque de cancer du col utérin</b>		
rapports sexuels précoces (14 ans ou moins)	5	4,50%
partenaires multiples	19	17,10%
multiparité	0	0%
tabagisme	10	9%
utilisation prolongée de contraceptifs hormonaux	32	28,80%
immunosuppression	0	0%
antécédent de Chlamydiae trachomatis ou virus herpès simplex de type 2	3	2,70%
aucun facteur de risque	62	55,90%
<b>Antécédent de dépistage anormal et/ou colposcopie</b>		
Oui	11	9,90%
Non	100	90,10%

### i. Vaccinations contre les HPV

Nous voulions savoir si le fait d'être vaccinée contre les HPV influençait la participation au dépistage. Le test de Fischer réalisé était non statistiquement significatif, ce qui nous a

**permis de conclure que le statut vaccinal vis-à-vis des HPV n'avait pas d'incidence sur la participation.**

Êtes-vous à jour pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, selon le fait d'être ou non vaccinée contre les HPV ?



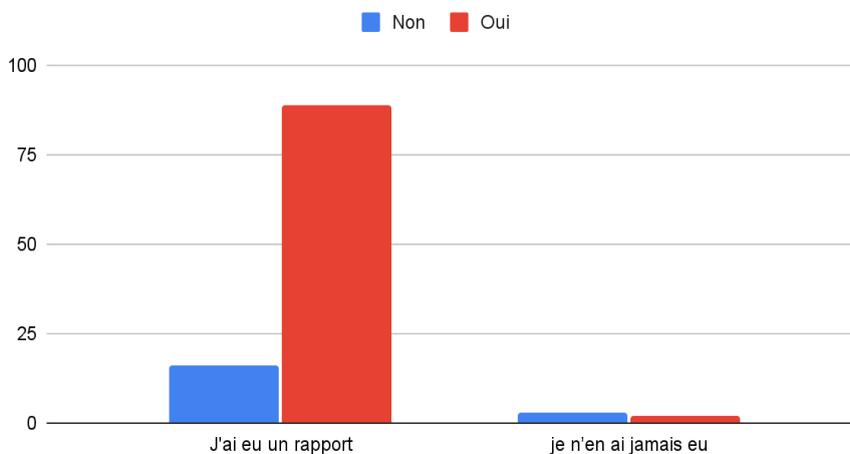
**Figure 7 : Statut du dépistage en fonction du statut vaccinal contre les HPV**

Méthode : Fisher's Exact Test for Count Data; Alternative :two.sided  
p-value : 0.26024915150949

## ii. Âge au moment du premier rapport sexuel

Nous avons réalisé un test de Fisher retrouvant une **association statistiquement significative** entre le fait d'avoir eu ou non des rapports et le fait de recourir au dépistage. **Les internes ayant déjà eu des rapports sexuels étaient davantage à jour que celles n'en ayant pas eu.**

Êtes-vous à jour pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, selon le fait d'avoir ou non déjà eu des rapports sexuels ?



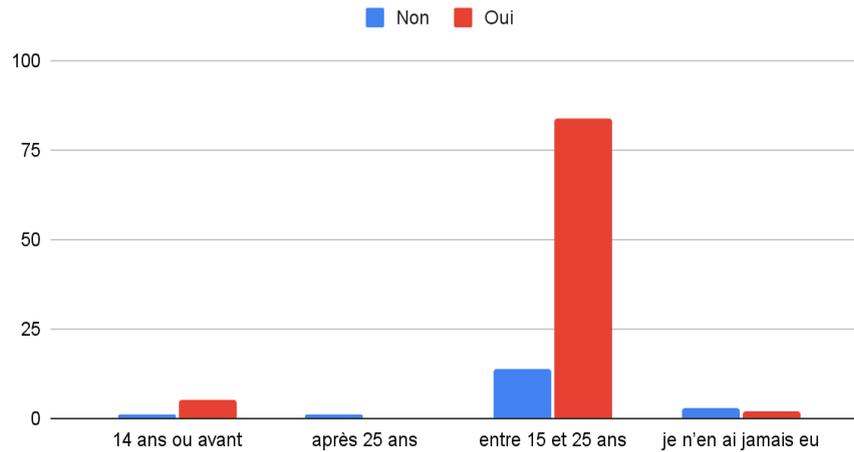
**Figure 8.a : Statut du dépistage en fonction du fait d'avoir ou non déjà eu des rapports sexuels**

Méthode : Fisher's Exact Test for Count Data; Alternative :two.sided

p-value : 0.035397868489616  
Odds Ratio : 0.1235 Intervalle de confiance à 95%[0.0096 ; 1.1657]

**Le fait d'avoir eu un rapport sexuel était positivement corrélé au fait d'être à jour de son dépistage comme démontré précédemment. Cependant, le test de Fisher réalisé montrait que l'âge au moment de ce premier rapport n'importait pas.**

Êtes-vous à jour pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, selon l'âge au moment du premier rapport sexuel ?



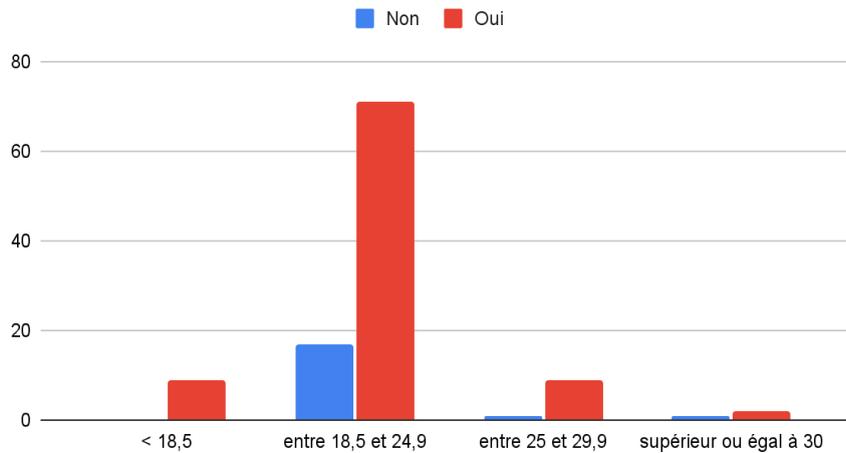
**Figure 8.b : Statut du dépistage en fonction de l'âge au moment du premier rapport sexuel**

Méthode : Fisher's Exact Test for Count Data; Alternative :two.sided  
p-value : 0.19081950273337

### iii. IMC

Nous voulions savoir si l'IMC impactait la participation au dépistage. **Le test de Fisher réalisé ne retrouvait pas d'association statistiquement significative entre l'IMC et la participation au dépistage.**

Êtes-vous à jour pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, selon la valeur de l'IMC ?



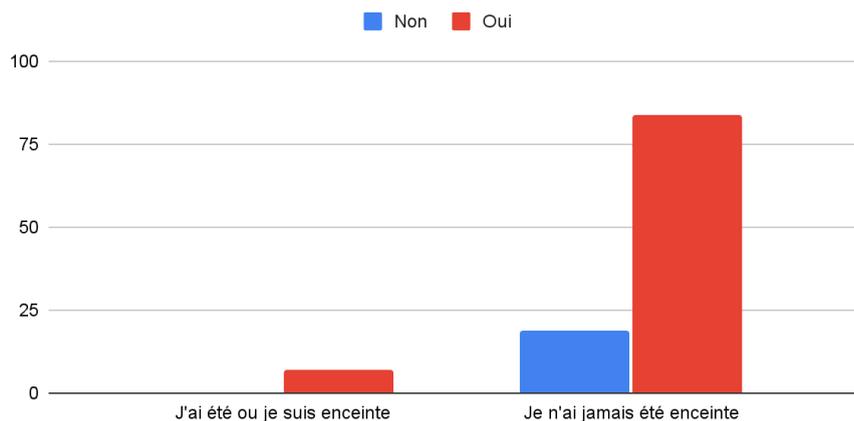
**Figure 9 : Statut du dépistage en fonction de l'IMC**

Méthode : Fisher's Exact Test for Count Data; Alternative :two.sided  
p-value : 0.36881973471161

#### iv. Grossesse actuelle ou antérieure

Nous voulions savoir si le fait d'**avoir été enceinte** ou de l'être impactait la participation au dépistage. Le test de Fisher réalisé n'était **pas statistiquement significatif**. Cependant, comme indiqué dans la figure 10 ci dessous, toutes les femmes enceintes ou l'ayant déjà été étaient à jour de leur dépistage.

Êtes-vous à jour pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, selon le fait d'être ou d'avoir été enceinte ou non ?



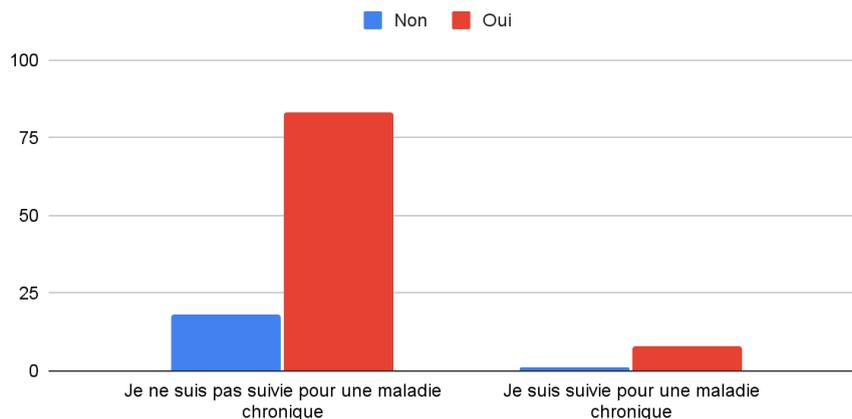
**Figure 10 : Statut du dépistage en fonction du fait d'être enceinte ou de l'avoir été**

Méthode : Fisher's Exact Test for Count Data; Alternative :two.sided  
p-value : 0.60201133294184  
Odds Ratio : INF Intervalle de confiance à 95%[0.2973 ; INF]

## v. Maladie chronique

Nous voulions savoir si le fait d'être suivie pour une maladie chronique influençait la participation au dépistage. Le test de Fisher réalisé ne retrouvait pas d'association statistiquement significative entre le fait d'être suivie pour une maladie chronique et le fait d'être à jour de son dépistage.

Êtes-vous à jour pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, selon le fait d'être suivie ou non pour une maladie chronique ?



**Figure 11 : Statut du dépistage en fonction du fait d'être suivie ou non pour une maladie chronique**

Méthode : Fisher's Exact Test for Count Data; Alternative :two.sided

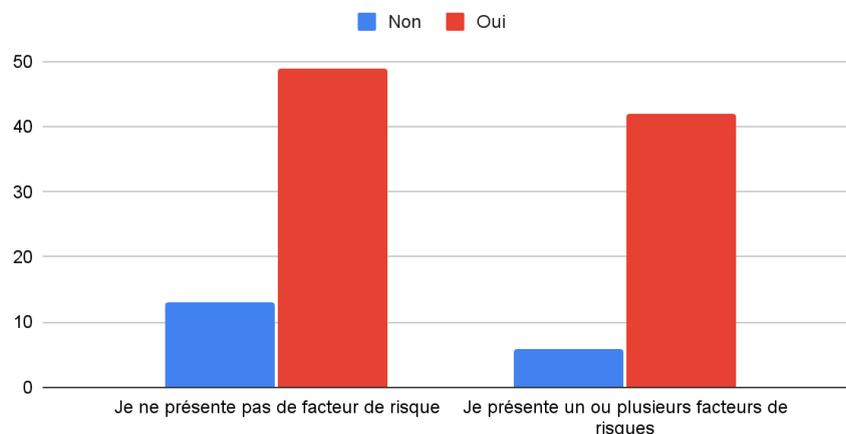
p-value : 1

Odds Ratio : 1.7275 Intervalle de confiance à 95%[0.2083 ; 81.177]

## vi. Facteurs de risque de cancer du col utérin

Nous voulions savoir si le fait de présenter des **facteurs de risque** de cancer du col utérin influençait la participation au dépistage. Le test de Chi-2 réalisé n'était pas statistiquement significatif.

Êtes-vous à jour pour le dépistage du cancer du col de l'utérus selon le fait de présenter ou non des facteurs de risque de cancer du col utérin ?



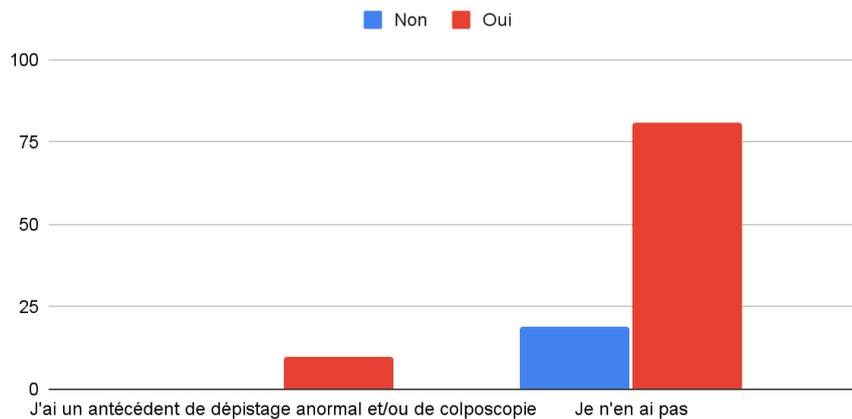
**Figure 12 : Statut du dépistage selon la présence ou non de facteurs de risque**

Méthode : Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction  
Statistique observée Qobs : 0.82965439342774  
p-value : 0.36237248377919

### vii. Antécédent d'examen de dépistage anormal et/ou de colposcopie

Nous voulions savoir si l'existence d'un antécédent de dépistage de cancer du col anormal et/ou de colposcopie influençait la participation au dépistage. **Le test de Fisher réalisé n'était pas statistiquement significatif, ce qui traduisait le fait qu'un antécédent d'examen anormal n'incitait pas à se faire dépister.** En revanche, nous pouvions noter que toutes les internes ayant un antécédent de dépistage anormal étaient à jour.

Êtes-vous à jour pour le dépistage du cancer du col de l'utérus selon que vous ayez ou non un antécédent d'examen de dépistage du cancer du col anormal/et ou de colposcopie ?



**Figure 13 : Statut du dépistage en fonction des antécédents personnels de dépistage anormal et/ou colposcopie**

Méthode : Fisher's Exact Test for Count Data; Alternative :two.sided  
p-value : 0.20534526866897  
Odds Ratio : INF Intervalle de confiance à 95%[0.4743 ; INF]

## f. Suivi gynécologique des répondantes

Tableau 5 : Suivi gynécologique des répondantes

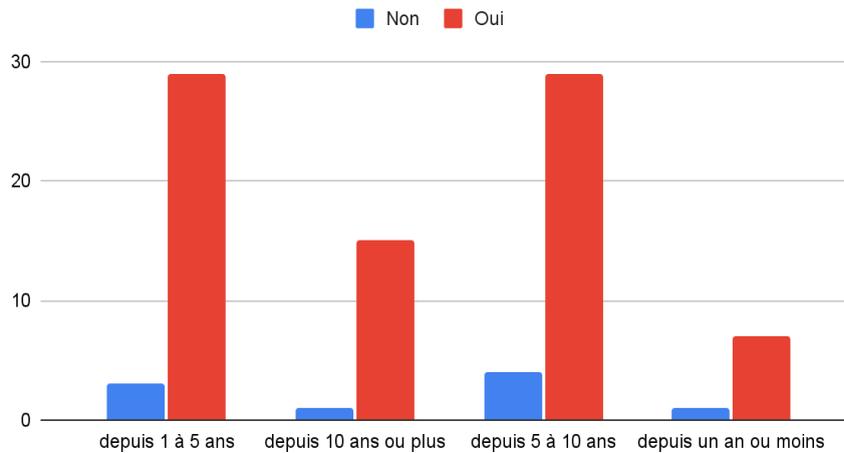
Intitulé des questions	Nombre de réponses	Pourcentage
<b>Ancienneté du suivi gynécologique</b>		
depuis 10 ans ou plus	17	15,30%
depuis 5 à 10 ans	33	29,70%
depuis 1 à 5 ans	32	28,80%
depuis 1 an ou moins	8	7,20%
je ne suis pas suivie	21	18,90%
<b>Rythme du suivi gynécologique</b>		
annuellement	51	45,90%
une fois tous les deux ans	28	25,20%
un fois tous les trois ans	7	6,30%
moins d'une fois tous les trois ans	3	2,70%
je ne suis pas suivie	22	19,80%
<b>Praticien assurant le suivi</b>		
gynécologue obstétricien ou médical	32	28,80%
sage-femme	38	34,20%
médecin généraliste	18	16,20%
je ne suis pas suivie	23	20,70%
<b>Praticien réalisant le dépistage</b>		
gynécologue obstétricien ou médical	29	26,10%
sage-femme	41	36,90%
médecin généraliste	20	18%
je ne suis pas suivie	21	18,90%
<b>Dépistage à jour au regard des dernières recommandations</b>		
Oui	92	82,90%

Non	19	17,10%
<b>Raisons si dépistage non à jour (choix multiples)</b>		
je manque de temps	12	50%
j'oublie	8	33,30%
délai d'attente trop long pour obtenir un rendez-vous	4	16,70%
peur des résultats positifs	0	0%
pense être à faible risque car peu ou pas de partenaire	3	12,50%
pense être à faible risque malgré multiplicité des partenaires	1	4,20%
pudeur/gêne	2	8,30%
antécédent d'examen douloureux	1	4,20%
peur de la douleur	1	4,20%
<b>Motivations à la réalisation du dépistage (choix multiples)</b>		
connaissance de la nature de la pathologie	106	95,50%
conseil de l'entourage	9	8,10%
accès au dépistage facilité	21	18,90%
conseillé par le praticien	12	10,80%
symptômes évocateurs	3	2,70%
incitation par la profession	79	71,20%
présence de facteurs de risque	9	8,10%
antécédent familial de cancer du col utérin	3	2,70%
je n'en ai pas	2	1,80%
<b>Solutions proposées pour améliorer l'accès au dépistage (choix multiples)</b>		
impliquer les équipes de santé au travail	63	68,50%
diffuser davantage d'informations sur le dépistage	48	52,20%

### **i. Ancienneté du suivi gynécologique**

Après avoir exclu la catégorie "je ne suis pas suivie", le test de Fisher réalisé s'est avéré non statistiquement significatif, ce qui nous a permis de déduire que **l'ancienneté du suivi n'influçait pas le fait d'être à jour ou non de son dépistage.**

Êtes-vous à jour pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, selon l'ancienneté du suivi gynécologique ?



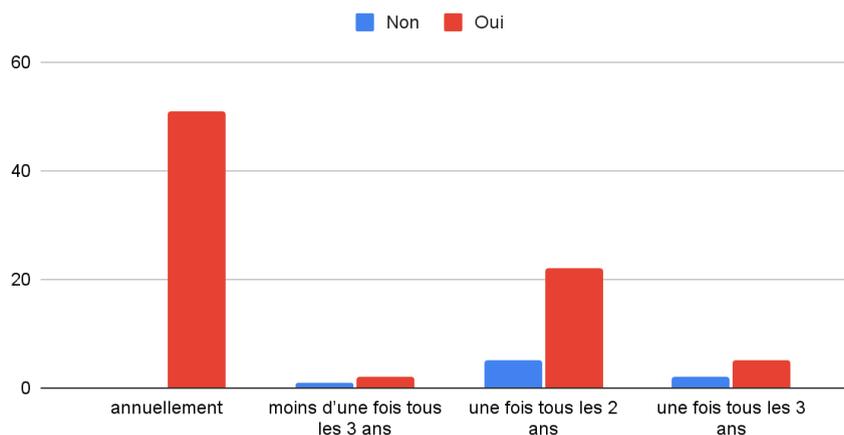
**Figure 14 : Statut du dépistage selon l'ancienneté du suivi**

Méthode : Fisher's Exact Test for Count Data; Alternative :two.sided  
p-value : 0.999999999999995

## ii. Fréquence du suivi gynécologique

Nous voulions savoir si la fréquence du suivi gynécologique influençait la participation au dépistage. Nous avons exclu la catégorie “je ne suis pas suivie”. Le test de Fisher était **statistiquement significatif**. Nous pouvons donc conclure que **plus le suivi avait lieu de manière fréquente, plus le dépistage était à jour**.

Êtes-vous à jour pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, selon le rythme auquel vous êtes suivie sur le plan gynécologique ?



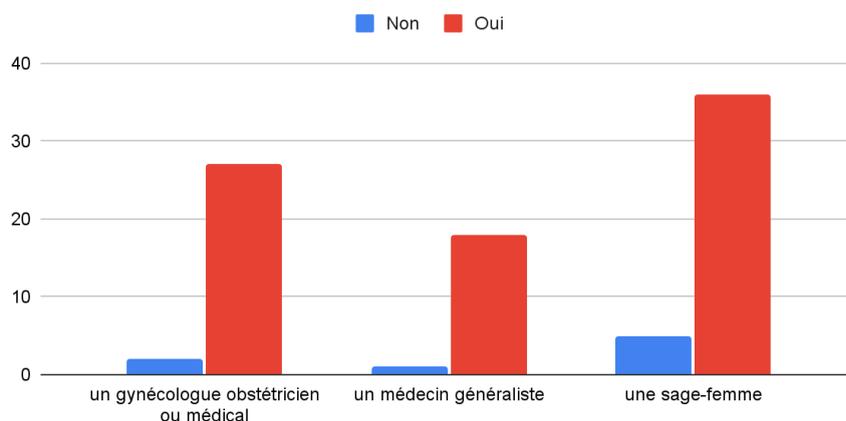
**Figure 15 : Statut du dépistage selon le rythme du suivi**

Méthode : Fisher's Exact Test for Count Data; Alternative :two.sided  
p-value : 0.00086799578888571

### iii. Choix du professionnel pour la réalisation des examens de dépistage

Nous voulions savoir si le choix du professionnel pour la réalisation du dépistage influençait le taux de participation à ce dernier. Nous avons exclu la catégorie "je ne suis suivie par aucun professionnel". Le test de Fisher effectué n'était **pas statistiquement significatif**. Nous pouvons donc conclure que le professionnel qui réalisait le dépistage n'influençait pas la propension à être à jour.

Êtes-vous à jour pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, selon le professionnel qui réalise le dépistage ?



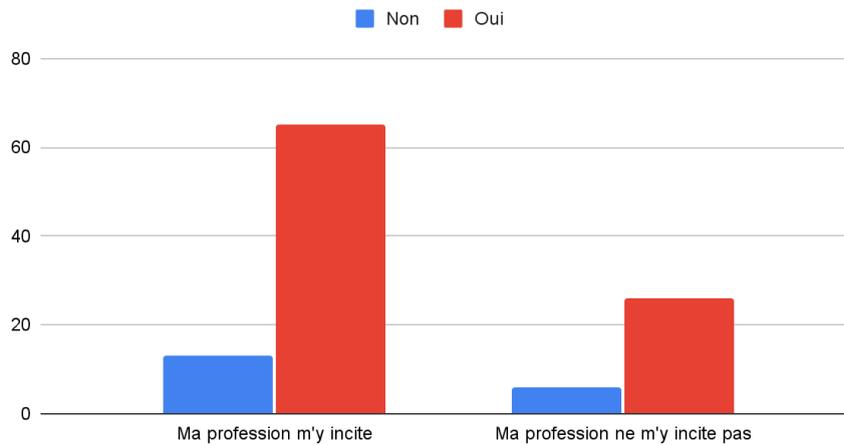
**Figure 16 : Statut du dépistage selon le professionnel réalisant les examens de dépistage**

Méthode : Fisher's Exact Test for Count Data; Alternative :two.sided  
p-value : 0.70658834283823

### iv. Être interne en médecine : un levier pour la participation au dépistage ?

Nous voulions savoir si la profession était un levier pour la participation au dépistage. Le test de Chi-2 réalisé n'était **pas statistiquement significatif** ce qui voulait dire que ce n'était pas un levier efficace.

Êtes-vous à jour pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction de votre profession médicale, qui peut inciter ou non la réalisation de ce dépistage ?



**Figure 17 : Statut du dépistage en fonction de l'incitation ou non par la profession médicale**

Méthode : Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction

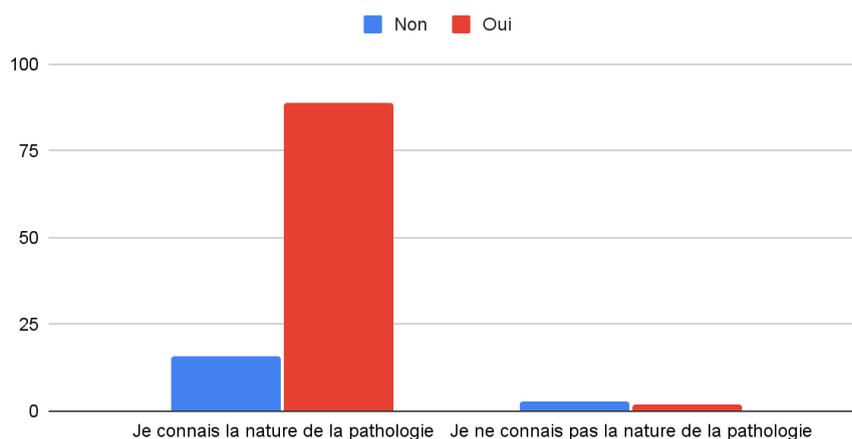
Statistique observée Qobs : 3.6971676510358E-30

p-value : 1

#### v. Connaissance de la nature de la pathologie

Nous voulions savoir si le fait d'avoir **connaissance de la nature de la pathologie** influençait la participation au dépistage. Le test de Fisher réalisé était **statistiquement significatif**, ce qui traduisait que **ce paramètre était positivement corrélé à la réalisation du dépistage**. C'était donc un **levier à la réalisation de celui-ci**.

Êtes-vous à jour pour le dépistage du cancer du col de l'utérus selon le fait d'avoir connaissance ou non de la nature de la pathologie ?



**Figure 18 : Statut du dépistage en fonction de la connaissance ou non de la nature de la pathologie**

Méthode : Fisher's Exact Test for Count Data; Alternative :two.sided

p-value : 0.035397868489616

Odds Ratio : 8.0949 Intervalle de confiance à 95%[0.8578 ; 104.1217]

## **g. Conclusion des résultats**

Au total, les associations suivantes se sont révélées statistiquement significatives :

- Le fait d'avoir eu le **même partenaire sexuel au cours des 4 derniers mois** était positivement corrélé au fait d'**être à jour de son dépistage**.
- Les internes ayant **déjà eu des rapports sexuels** étaient **davantage à jour** que celles n'en ayant pas eu.
- Plus le **suivi gynécologique** avait lieu **de manière fréquente**, plus le **dépistage** était **à jour**.
- La **connaissance de la nature de la pathologie** était un **levier à la réalisation du dépistage**.

## 4. Discussion

### a. Principaux résultats

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la participation des internes en médecine générale de la région Midi-Pyrénées au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, et d'identifier les facteurs influençant leur adhésion ou leurs freins à ce dépistage. Dans notre échantillon, 82,9% des répondantes (92 sur 111) ont déclaré être à jour dans leur dépistage, ce qui montre que même au sein d'une population médicale sensibilisée aux enjeux de prévention, la couverture de dépistage atteint à peine l'objectif fixé pour la population générale d'ici 2028.

#### **Caractéristiques des répondantes et association avec la mise à jour du dépistage :**

Notre échantillon, majoritairement composé d'internes en troisième année, incluait des répondantes jeunes, dont 9,9% étaient en dessous de l'âge recommandé pour le dépistage (moins de 25 ans). Les analyses n'ont pas révélé d'effet significatif du fait de déclarer un médecin traitant ou d'avoir un conjoint médecin sur l'adhésion au dépistage. En revanche, les internes ayant eu un seul partenaire sexuel dans les quatre derniers mois étaient statistiquement plus souvent à jour dans leur dépistage, bien que ce résultat puisse sembler paradoxal. En effet, la multiplicité des partenaires sexuels est un facteur de risque connu du cancer du col de l'utérus.

#### **Pratique professionnelle et impact sur la mise à jour personnelle :**

Pratiquement toutes les répondantes (99,1%) recommandent le dépistage du cancer du col à leurs patientes, mais la pratique professionnelle de cet acte n'était pas associée à leur propre suivi. De plus, la connaissance des dernières recommandations n'a pas eu d'impact significatif sur leur participation au dépistage.

#### **Antécédents dans l'entourage et personnels :**

Contrairement aux hypothèses initiales, la présence d'antécédents de cancer gynécologique dans l'entourage ou la connaissance de facteurs de risque personnels (âge du premier rapport sexuel, statut vaccinal HPV, antécédents de grossesse, IMC, maladie chronique) n'ont pas eu d'effet significatif sur la participation au dépistage. Toutefois, il est à noter que les femmes enceintes ou l'ayant été

ainsi que celles ayant des antécédents de dépistage anormal étaient toutes à jour, bien que l'échantillon trop restreint limite la portée de ce constat.

**Suivi gynécologique et fréquence du dépistage :** La régularité du suivi gynécologique, bien que non influencée par le type de professionnel choisi pour le dépistage, a été positivement associée à une meilleure mise à jour du dépistage. Parmi les raisons de non-participation, les principales incluaient le manque de temps (50% des répondantes non à jour), l'oubli (33%), les délais d'obtention de rendez-vous (16,7%), la perception d'un faible risque (12,5%), et la gêne (8,3%).

**Motivations pour la participation au dépistage :** Les motivations les plus fréquemment citées pour être à jour incluaient la connaissance des risques (95,5% des répondantes), l'incitation par la profession (71,2%), la facilité d'accès (18,9%), et le conseil d'un praticien ou de l'entourage (10,8% et 8,1%, respectivement).

## **b. Discussion des résultats**

### **i. Généralités**

Le programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, inscrit dans le Plan Cancer 2014-2019, est déployé depuis 2018. Son objectif est d'augmenter la couverture du dépistage pour atteindre 80% et de diminuer de 30% l'incidence et la mortalité par cancer du col de l'utérus à 10 ans [14]. Santé publique France estime que la couverture nationale du dépistage pour les femmes âgées de 25 à 65 ans est de 59% pour la période 2018-2020 tandis qu'elle est de 58% en 2017-2019 [7].

### **ii. Comparaison avec la littérature française**

Selon Santé publique France [7], près de 3000 femmes développent un cancer du col de l'utérus chaque année en France, et 1000 en décèdent. Toutefois, ce cancer reste évitable grâce à deux moyens complémentaires de prévention : la vaccination contre le HPV et le dépistage des lésions précancéreuses, qui peuvent ensuite être surveillées ou traitées.

Les internes en médecine générale, qui sont de jeunes médecins amenés à exercer dans les décennies à venir, rencontrent des difficultés d'accès aux soins en raison de leur statut de médecin, mais aussi des représentations qu'ils s'en font. Cela peut les amener à négliger leur santé et, par extension, les examens de prévention. Comme le note François Tanguy

dans sa thèse d'exercice [15], les médecins sont parfois réticents à se mettre en position de malade, ce qui complique leur propre suivi médical. Néanmoins, comme l'indique Lise Le Roy-Viator dans sa thèse [2], la jeune génération féminine semble davantage disposée à consulter un confrère que leurs aînés masculins. La féminisation croissante de la population médicale induit des évolutions à la fois dans les pratiques professionnelles et dans la manière dont elles abordent leur propre santé.

Dans notre étude, 82,9 % des internes interrogées étaient à jour de leur dépistage du cancer du col de l'utérus, un taux légèrement supérieur à celui observé dans l'étude de Lise Le Roy-Viator, où 81,1 % des médecins généralistes franciliennes étaient à jour de leur dépistage. La période de recueil des données pour l'étude de Lise Le Roy-Viator se déroule de juin 2017 à avril 2018, période à laquelle le dépistage du cancer du col de l'utérus était individuel. Nous avons jugé pertinent d'étudier l'impact de la mise en place du programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en mai 2018 sur le taux de participation au dépistage d'une population médicale. Ces résultats suggèrent que le programme national de dépistage organisé n'a pas conduit à une augmentation significative du taux de participation au dépistage parmi la population médicale. En effet, contrairement aux attentes, la mise en place du dépistage organisé semble n'avoir eu qu'un effet marginal sur les comportements de dépistage des professionnels de santé. Par ailleurs, dans notre étude, la situation de grossesse (actuelle ou passée) n'a pas été statistiquement associée au fait d'être à jour de son dépistage, bien que toutes les femmes enceintes ou ayant été enceintes étaient à jour de leur dépistage. Cette tendance rejoint celle observée dans l'étude de Lise Le Roy-Viator, où les femmes ayant des enfants de moins de 3 ans étaient plus susceptibles d'être à jour pour leur dépistage du cancer du col.

Dans notre étude, 36 % des internes interrogées n'avaient pas de médecin traitant, un chiffre qui montre un progrès notable par rapport à l'étude de Lise Le Roy-Viator, où la moitié des médecins généralistes franciliennes interrogées se trouvaient dans cette situation. Ces résultats soulignent qu'il reste encore du chemin à parcourir pour encourager une prise en charge plus systématique de la santé chez les jeunes professionnels. Toutefois, la faible proportion d'internes sans médecin traitant suggère que cette génération accorde davantage d'attention à son bien-être que leurs aînés. Par ailleurs, les femmes médecins participent davantage au dépistage que les femmes de la population générale, ce qui corrobore les données recueillies dans d'autres études. Cela reflète une tendance générale

selon laquelle les médecins, en raison de leur connaissance des risques et de la pathologie, sont plus enclins à se faire dépister.

Les principaux obstacles identifiés dans notre étude, tels que le manque de temps et l'oubli, se retrouvent dans les travaux de Lise Le Roy-Viator ainsi que dans le mémoire de Lucie Viannay pour le diplôme d'État de sage-femme [16]. D'autres freins, comme la pudeur ou la gêne, que l'on retrouve aussi bien dans la population générale, étaient également présents dans nos résultats et dans la littérature. Le principal levier pour améliorer la participation au dépistage reste la connaissance de la pathologie et des risques associés, ce qui se confirme tant dans notre étude que dans celles de Le Roy-Viator et Viannay.

### **iii. Comparaison avec la littérature étrangère**

Nous n'avons pas trouvé d'études spécifiquement axées sur la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus des professionnels de santé dans des pays développés comme le Canada, les Etats-Unis, l'Australie ou des pays d'Europe en dehors de la France. Cependant, il existe une littérature importante sur le dépistage du cancer du col utérin en population générale dans ces pays, que nous aborderons brièvement à la fin de cette partie.

Nous avons en revanche examiné plusieurs études menées dans des pays en voie de développement et avons ainsi pu comparer les résultats à ceux de notre étude.

Une enquête transversale prospective menée dans un hôpital de Karachi au Pakistan en 2019 intitulée "Awareness, screening, practices and attitudes of cervical cancer among doctors and nursing staff working at a tertiary care centre" conclut que la prévalence du cancer du col de l'utérus augmente en raison du manque de connaissance et de sensibilisation des personnels de santé. Cette étude inclut 347 participantes dont 203 docteurs en médecine et 144 paramédicaux et révèle un très faible recours au dépistage du cancer du col chez ces professionnelles de santé : seules 17,6% sont à jour de leur dépistage. Ce résultat préoccupant laisse entrevoir des chiffres encore plus alarmants en population générale. Les auteurs préconisent de pallier le manque de connaissances en menant des programmes de sensibilisation de masse dans les hôpitaux et en utilisant les médias pour diffuser l'information [17].

Notre étude a révélé que, contrairement à d'autres études, le fait d'avoir une personne dans son entourage ayant un antécédent de cancer gynécologique n'était pas statistiquement

associé à la réalisation d'un suivi gynécologique. En revanche, une étude réalisée en Turquie, intitulée “Knowledge, attitudes and behaviors of breast and cervical cancers and screenings of women working in primary health care services”, menée auprès de 1 130 professionnelles de santé (164 médecins et 966 non médecins) travaillant dans des établissements de soins primaires dans la province de Mersin entre octobre 2017 et février 2018, identifie plusieurs leviers favorisant le dépistage du cancer du col de l'utérus. Elle souligne que le faible coût, la facilité de réalisation du test, ainsi que le fait d'avoir un proche diagnostiqué d'un cancer, sont des facteurs positifs pour encourager la réalisation du dépistage par frottis [18]. De plus, une revue systématique publiée en mai 2024 dans le *European Journal of Public Health*, intitulée “What factors influence the uptake of bowel, breast and cervical cancer screening? An overview of international research”, montre que, dans les pays à revenu élevé comme le Royaume-Uni, les antécédents familiaux facilitent également le recours au dépistage du cancer [19].

Seuls le manque de temps et la perception d'un faible risque ont été relevés comme des freins communs à notre étude et à l'étude nigériane menée entre mai et octobre 2020, intitulée “Factors influencing cervical cancer screening practice among female health workers in Nigeria: a systematic review”, qui identifie plusieurs obstacles supplémentaires au dépistage tels que le coût et la peur des résultats positifs. Aucune répondante n'a mentionné la peur des résultats positifs, et les frais de dépistage sont pris en charge par l'Assurance Maladie en France. De plus, dans notre étude, seulement 10,8% des répondantes considéraient la recommandation médicale comme un levier, alors que, dans l'étude nigériane, le fait d'être mariée et la recommandation d'un médecin étaient des facteurs significatifs pour encourager le dépistage.

Plus de 85% de l'incidence et de la mortalité par cancer du col de l'utérus surviennent dans les pays à revenus faible et intermédiaire où les programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus sont inadéquats et les options de traitement limitées. Il existe un écart considérable entre l'intention de recommander le dépistage du cancer du col et les pratiques réelles de recommandation parmi les femmes travaillant dans la santé : l'intention déclarée de recommander le dépistage à des patientes atteint 81,9% mais la recommandation de dépistage systématique varie de 34 à 43,3 % [20].

Les professionnels de santé, souvent perçus comme des figures d'autorité, influencent les comportements de dépistage non seulement par leurs recommandations, mais aussi par leur

propre engagement dans ces pratiques. L'étude "Impact of Provider-Patient Communication on Cancer Screening Adherence: A Systematic Review" montre que les recommandations des médecins ont un impact significatif sur les comportements de dépistage. Les médecins qui s'engagent activement dans le dépistage, en expliquant les avantages et en recommandant les tests, contribuent à améliorer les taux de participation [21]. Si les professionnelles de santé se font elles-même dépister et en parlent à leurs patientes, cela peut encourager davantage de femmes à participer au dépistage. Les études sus citées mettent en évidence des freins que nous n'avons pas retrouvé dans notre étude, ce qui s'explique probablement par des différences socio-économiques et culturelles. Certains professionnels dans les pays en voie de développement ne sont pas suffisamment informés sur les recommandations de dépistage ou sur l'importance de ce dernier. Cela peut être la conséquence d'une formation initiale insuffisante ou de l'absence de formation continue. Le manque de temps peut également être un frein, la charge de travail étant parfois telle que le temps consacré à la discussion au sujet du dépistage est très limité. Enfin, certaines croyances et/ou cultures peuvent amener les professionnels à faire du dépistage du cancer du col utérin un sujet tabou, car lié à la sexualité.

Des études internationales sur la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus en population générale montrent des différences notables. En France, selon les chiffres de Santé publique France pour la période 2018-2020, la couverture du dépistage chez les femmes âgées de 25 à 65 ans est estimée à 59%. Au Royaume-Uni, la couverture du dépistage est plus élevée, atteignant 68,7% selon les données du "Cervical Screening Programme" de 2022-2023 [22]. En Australie, la couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus est estimée à environ 70% pour la période 2018-2022 [23].

Concernant la vaccination contre le HPV, l'Australie est un exemple notable. L'incidence du cancer du col de l'utérus a considérablement diminué grâce à la vaccination généralisée, avec une réduction de l'incidence de près de 50 % chez les jeunes femmes depuis l'introduction du programme de vaccination pour les filles en 2007 et les garçons en 2013 [24]. Au Canada, la vaccination a été étendue aux garçons en 2017 [25]. Ces pays ont observé des réductions significatives des cancers liés au HPV, y compris les cancers du col de l'utérus. En revanche, en France, bien que le programme de vaccination pour les filles ait été mis en place en 2007, l'inclusion des garçons dans le programme n'a eu lieu qu'en 2021 [9]. En conséquence, les résultats en termes de réduction de l'incidence des cancers

du col de l'utérus en France sont moins marqués que ceux observés en Australie et au Canada.

## **c. Discussion de la méthode**

### **i. Forces de l'étude**

À notre connaissance, aucun travail n'a été réalisé depuis la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en mai 2018 portant spécifiquement sur le taux de participation des internes en médecine générale. Cette étude comble ainsi un manque important en s'intéressant à cette population, qui, de par sa position de promoteurs du dépistage, joue un rôle clé dans sa mise en œuvre et sa légitimation.

La collecte des données via un questionnaire en ligne anonyme a facilité l'accessibilité et la rapidité des réponses, permettant d'atteindre un taux de réponse de 36,8 %. Cette méthode a permis de réduire les biais potentiels liés à une collecte en personne (comme les biais de désirabilité sociale, où les répondants peuvent être influencés par la présence de l'enquêteur, ou encore le biais de sélection dû aux disponibilités limitées de certains participants) ou à une enquête trop longue, qui auraient pu diminuer la motivation des répondantes. Ce format s'est également révélé particulièrement adapté pour rejoindre une population aux emplois du temps chargés, comme les internes en médecine.

Notre étude a strictement respecté les règles de confidentialité et de protection des données. Aucune information personnelle identifiable n'a été collectée, garantissant l'anonymat total des participantes et la conformité aux exigences éthiques de la recherche.

Le questionnaire a été conçu pour permettre une collecte exhaustive des informations sans alourdir la tâche des participantes. La structure concise et la durée de réponse réduite ont contribué à maximiser le nombre de réponses tout en assurant la qualité des données collectées.

### **ii. Limites de l'étude**

Notre étude s'appuyait sur un échantillon de 111 réponses de femmes internes en médecine générale inscrites à la faculté Toulouse-Rangueil dans les promotions 2021, 2022 et 2023.

Ce nombre de participantes, bien qu'ayant permis une première exploration du sujet, reste restreint et limite la représentativité des résultats. Il est difficile de savoir si les résultats seraient similaires dans d'autres régions ou pour des professionnelles de santé travaillant dans des contextes différents (autres spécialités médicales par exemple). Cette limitation réduit la possibilité de généraliser les conclusions de l'étude à une population plus large de professionnelles de santé en France.

L'échantillonnage volontaire, basé sur des répondantes qui acceptaient de participer, présente des risques de biais de sélection. Les internes ayant choisi de répondre pourraient en effet être plus sensibilisées au dépistage du cancer du col de l'utérus, ce qui pourrait entraîner une surestimation de la participation réelle à ce dépistage. De plus, bien que l'anonymat ait été garanti, le biais de désirabilité sociale reste possible, car les répondantes peuvent avoir été tentées de répondre de manière conforme aux attentes et normes de leur profession, surtout concernant un sujet perçu comme relevant de leur devoir médical.

L'utilisation d'un questionnaire en ligne a facilité la collecte et l'intégration des données dans un tableur, réduisant ainsi le risque d'erreurs de retranscription et rendant le traitement des réponses plus rapides. Cependant, plusieurs biais inhérents au recueil par questionnaire sont présents. Il existe effectivement un biais de compréhension et de mémorisation : certaines questions ont pu prêter à confusion, comme le révèlent des réponses parfois contradictoires. Ce biais de compréhension pourrait avoir influencé les réponses des participantes limitant la précision des données recueillies. De plus, les participantes devaient parfois faire appel à leur mémoire, par exemple concernant leurs habitudes passées en matière de dépistage, ce qui introduit un biais de mémorisation susceptible de fausser certaines réponses. Par ailleurs, les questions fermées imposent des choix limités et peuvent induire des réponses suggérées plutôt que spontanées. Bien que la formulation des questions ait été pensée pour rester neutre et sans jugement, ce biais de suggestion demeure une contrainte de cette méthodologie.

D'autre part, notre analyse des résultats est restée descriptive et ne comportait pas d'analyse multivariée. Cette absence d'approche analytique plus approfondie limite notre capacité à identifier les liens potentiels entre différentes variables.

De surcroît, malgré l'existence d'une littérature fournie sur le dépistage du cancer du col de l'utérus dans la population générale, notre étude est l'une des premières à se focaliser sur une population médicale en France depuis l'introduction du dépistage organisé en

2018. Les contextes étudiés dans d'autres pays, notamment dans des pays en voie de développement, présentent des différences socio-culturelles et structurelles importantes, rendant difficile une comparaison directe avec la situation des internes en France. Par ailleurs, nous n'avons pas trouvé d'études portant sur la participation des professionnelles de santé au dépistage dans des pays développés comme le Canada, l'Australie ou les Etats-Unis, ce qui complique la mise en perspective internationale de nos résultats.

#### **d. Perspectives**

Les principales raisons invoquées pour le non-respect des recommandations de dépistage incluaient le manque de temps (50 %), l'oubli (33 %), et les délais pour obtenir un rendez-vous (16,7 %). Notre étude, l'une des premières en France sur ce sujet depuis l'introduction du dépistage organisé en 2018, a permis de mettre en lumière le besoin de sensibilisation et d'une meilleure accessibilité au dépistage dans la population médicale.

Les limites de l'étude invitent à étendre les recherches à des échantillons plus diversifiés. Il serait pertinent d'inclure des internes d'autres spécialités médicales, des médecins généralistes et spécialistes installés, ainsi que des internes en médecine dans différentes régions de France. De plus, recourir à des analyses multivariées permettrait de mieux comprendre les facteurs influençant la participation au dépistage parmi les professionnelles de santé.

Enfin, les répondantes ont suggéré de créer une liste de praticiens disponibles localement pour effectuer le prélèvement cervico-utérin dans les différents bassins de santé où les internes effectuent leurs stages. Elles ont également recommandé d'encourager les internes à limiter l'auto-prescription en ayant un médecin traitant pour leur suivi personnel, afin de les replacer dans un rôle de patientes.

## 5. Conclusion

Notre étude a révélé que 82,9 % des internes en médecine générale de Midi-Pyrénées de notre échantillon étaient à jour dans leur dépistage du cancer du col de l'utérus. Ce taux, bien qu'important, indique que l'objectif fixé pour la population générale d'ici 2028 ne serait qu'à peine atteint en 2024, même parmi des professionnelles hautement sensibilisées aux problématiques de prévention.

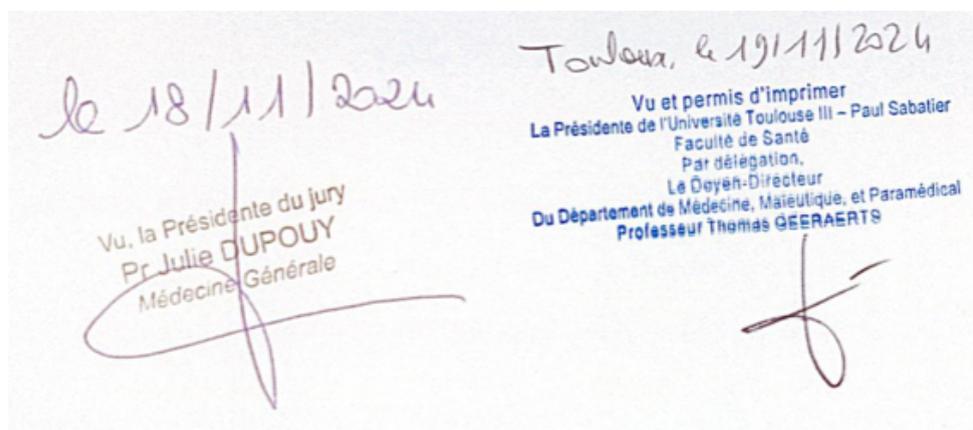
Ces résultats ont souligné que des lacunes persistent en matière de dépistage, révélant un enjeu crucial pour la santé publique : améliorer la participation dans des groupes qui devraient avoir une attitude exemplaire en termes de dépistage.

Les freins identifiés, tels que le manque de temps et l'oubli, soulignent l'importance de développer des stratégies d'incitation et de sensibilisation. Des interventions ciblées pourraient être mises en place pour encourager une participation proactive au dépistage.

Les limites de notre étude, notamment la taille restreinte de l'échantillon, ont pu affecter la représentativité et la généralisation des résultats.

Il serait pertinent d'étendre ces recherches à d'autres spécialités médicales et à des régions variées, ainsi que d'inclure des analyses plus approfondies pour mieux comprendre les facteurs influençant la participation au dépistage.

En conclusion, il nous apparaît essentiel d'agir pour renforcer l'engagement des professionnelles de santé dans le dépistage, afin de promouvoir une culture de prévention qui bénéficie à toutes les femmes.



## 6. Références bibliographiques

- [1] Comment se développe un cancer du col de l'utérus ? - Cancer du col de l'utérus n.d. <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-col-de-l-uterus/Developpement-du-cancer-du-col> (accessed March 26, 2024).
- [2] Le Roy-Viator L. Santé des médecins généralistes: dépistage du cancer du col de l'utérus chez les médecins généralistes franciliennes (Enquête quantitative sur le dépistage par frottis cervico-utérin et ses freins). Thèse d'exercice. Sorbonne université (Paris). Faculté de médecine, 2018.
- [3] travail M du, solidarités de la santé et des, travail M du, solidarités de la santé et des. Papillomavirus humains (HPV) et cancer du col de l'utérus. Ministère Trav Santé Solidar 2024. <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/article/papillomavirus-humains-hpv-et-cancer-du-col-de-l-uterus> (accessed March 29, 2024).
- [4] cancer CCS/ S canadienne du. Facteurs de risque du cancer du col de l'utérus. Société Can Cancer n.d. <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/cervical/risks> (accessed March 29, 2024).
- [5] Cancer du col de l'utérus : un diagnostic précoce possible n.d. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-col-uterus/symptomes-diagnostic> (accessed March 29, 2024).
- [6] Cancer du col de l'utérus n.d. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer> (accessed March 29, 2024).
- [7] Cancer du col de l'utérus n.d. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus> (accessed March 26, 2024).
- [8] Qu'est-ce que le col de l'utérus ? - Cancer du col de l'utérus n.d. <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-col-de-l-uterus/Le-col-de-l-uterus> (accessed March 29, 2024).
- [9] Prévenir le cancer du col de l'utérus n.d. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-col-uterus/prevention-cancer-col-uterus> (accessed March 29, 2024).
- [10] Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus n.d. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-col-uterus/depistage-organise-cancer-col-uterus> (accessed April 2, 2024).
- [11] Le programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus - Dépistage du cancer du col de l'utérus n.d. <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-programme-national-de-depistage> (accessed April 2, 2024).
- [12] Backhouse L. État des lieux des IST et du dépistage chez les internes : une étude descriptive et transversale n.d.
- [13] Auto-prescription médicamenteuse chez les médecins : étude qualitative par entretiens semi-directifs auprès de 11 médecins généralistes bretonnais n.d. <https://syntheses.univ-rennes1.fr/search-theses/notice.html?id=rennes1-ori-wf-1-9455&printable=true> (accessed March 26, 2024).
- [14] Le programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus - Dépistage du

- cancer du col de l'utérus n.d.  
<https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-programme-de-depistage-organise> (accessed September 23, 2024).
- [15] Thèses d'exercice (médecine, santé, pharmacie) > Tanguy Francois n.d.  
[https://syntheses.univ-rennes1.fr/search-theses/thematic-search.html?menuKey=theses-exercice&submenuKey=authors&id=tanguy\\_francois](https://syntheses.univ-rennes1.fr/search-theses/thematic-search.html?menuKey=theses-exercice&submenuKey=authors&id=tanguy_francois) (accessed October 14, 2024).
- [16] Lucie V. Freins et leviers à la participation des professionnelles de santé au dépistage organisé des cancers féminins n.d.
- [17] Erum Majid, Majid Ahmed Shaikh, Osama Ahmed Qazi, Saba Khan, Irfan Majeed, Khadija Bano. Awareness, screening, Practices and attitudes of cervical cancer among doctors and nursing staff working at a tertiary care center. *J Pak Med Assoc* 2022.  
<https://doi.org/10.47391/JPMA.1443>.
- [18] Deniz S, Coskun F, Oztas D, Kurt AO. Knowledge, attitudes and behaviors of breast and cervical cancers and screenings of women working in primary health care services n.d.
- [19] Prowse SR, Brazzelli M, Treweek S. What factors influence the uptake of bowel, breast and cervical cancer screening? An overview of international research. *Eur J Public Health* 2024;34:818–25. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae073>.
- [20] Okolie EA, Barker D, Nnyanzi LA, Anjorin S, Aluga D, Nwadike BI. Factors influencing cervical cancer screening practice among female health workers in Nigeria: A systematic review. *Cancer Rep Hoboken NJ* 2022;5:e1514.  
<https://doi.org/10.1002/cnr2.1514>.
- [21] Peterson EB, Ostroff JS, DuHamel KN, D'Agostino TA, Hernandez M, Canzona MR, et al. Impact of provider-patient communication on cancer screening adherence: A systematic review. *Prev Med* 2016;93:96–105.  
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.09.034>.
- [22] Cervical Screening Programme, England - 2022-2023 [NS]. *NHS Engl Digit* n.d.  
<https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/cervical-screening-annual/england-2022-2023> (accessed November 6, 2024).
- [23] National Cervical Screening Program monitoring report 2022, Summary. *Aust Inst Health Welf* 2022.  
<https://www.aihw.gov.au/reports/cancer-screening/ncsp-monitoring-2022/summary> (accessed November 6, 2024).
- [24] Care AGD of H and A. Human papillomavirus (HPV) immunisation data 2024.  
<https://www.health.gov.au/topics/immunisation/immunisation-data/human-papilloma-virus-hpv-immunisation-data> (accessed November 6, 2024).
- [25] pédiatrie S canadienne de. Le vaccin contre le virus du papillome humain chez les enfants et les adolescents | Société canadienne de pédiatrie n.d.  
<https://cps.ca/fr/documents/position/VPH#> (accessed November 6, 2024).

## 7. Annexe

### Questionnaire de thèse *Etat des lieux de la participation au dépistage du cancer du col utérin des internes en médecine générale de Midi Pyrénées*

Chères consœurs,

Actuellement interne en 9ème année de médecine générale à Toulouse, je réalise, dans le cadre de mon travail de thèse, une enquête sur la participation au dépistage du cancer du col utérin chez les internes en médecine générale de Midi Pyrénées.

Je vous remercie par avance pour le temps que vous consacrerez à remplir ce questionnaire. Comptez environ 5 minutes pour y répondre. L'enquête est bien entendu strictement anonyme.

Si vous avez des questions au sujet du recueil, de l'utilisation de vos informations personnelles ou pour exercer vos droits ou pour vous opposer à l'utilisation de vos données si vous ne souhaitez pas participer à cette étude, veuillez contacter le délégué à la protection des données du DUMG de Toulouse [dpo@dumg-toulouse.fr](mailto:dpo@dumg-toulouse.fr)

Si malgré les mesures mises en place vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez déposer une réclamation auprès de l'autorité de contrôle de la protection des données compétente dans votre pays de résidence, la CNIL pour la France : <https://www.cnil.fr>.

Bien confraternellement

Gwendoline Sabat

---

\* Indique une question obligatoire

1. A quel genre avez-vous été assigné à la naissance ? \*

*Une seule réponse possible.*

féminin

masculin

*Passer à la section 7 (Ce questionnaire n'est adressé qu'aux internes en médecine générale de Midi-Pyrénées assignées femmes à la naissance. Merci par avance.).*

### **PARTIE 1 : Informations générales**

2. Vous êtes en \*

*Une seule réponse possible.*

- 1ère année d'internat de médecine générale
- 2ème année d'internat de médecine générale
- 3ème année d'internat de médecine générale

3. Quel âge avez-vous (en années) ? \*

*Une seule réponse possible.*

- 24 ans ou moins
- 25 ans
- 26 ans
- 27 ans
- 28 ans
- 29 ans
- 30 ans ou plus

4. Au cours des 4 derniers mois : \*

*Une seule réponse possible.*

- vous avez eu le même partenaire sexuel
- vous avez eu plus d'un partenaire sexuel
- vous n'avez pas eu de partenaire sexuel

5. Si vous êtes en couple, votre conjoint est-il lui aussi interne ou docteur en médecine (toutes spécialités confondues) ?

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non  
 Je ne suis pas en couple

6. Êtes-vous suivie par un médecin traitant ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

### **PARTIE 2 : Pratique en tant que professionnelle de santé**

7. Recommandez-vous le dépistage du cancer du col utérin aux patientes que vous êtes amenées à prendre en charge ?

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

8. A ce jour, pratiquez-vous régulièrement des dépistages du cancer du col utérin aux patientes que vous êtes amenées à prendre en charge ?

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

9. Si non, pourquoi ?

*Une seule réponse possible.*

- Je ne sais pas faire
- Je ne souhaite pas en faire
- L'occasion ne s'est pas présentée, mais je souhaite en faire par la suite

10. Pensez-vous connaître les dernières recommandations en termes de dépistage du cancer du col utérin ?

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

### **PARTIE 3 : Antécédents familiaux**

11. Avez-vous dans votre entourage proche, à votre connaissance, une personne qui a un antécédent de conisation ?

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

12. Avez-vous dans votre entourage proche, à votre connaissance, une personne qui a un antécédent de cancer du col de l'utérus ?

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

13. Avez-vous dans votre entourage proche, à votre connaissance, une personne qui a un antécédent de cancer gynécologique hors col (endomètre, ovaire, sein) ?

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

14. Avez-vous dans votre entourage proche, à votre connaissance, une personne qui a un antécédent de cancer non gynécologique ?

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

#### **PARTIE 4 : Antécédents personnels**

15. Êtes-vous vaccinée contre les HPV ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non  
 J'ai un schéma incomplet

16. A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ? \*

*Une seule réponse possible.*

- 14 ans ou avant
- entre 15 et 25 ans
- après 25 ans
- je n'en ai jamais eu

17. Où se situe votre IMC ? \*

*Une seule réponse possible.*

- < 18,5
- entre 18,5 et 24,9
- entre 25 et 29,9
- supérieur ou égal à 30

18. Avez-vous des enfants (ou êtes-vous enceinte actuellement) ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

19. Etes vous suivie régulièrement pour une maladie chronique (quelle qu'elle soit) ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

20. Présentez-vous un ou plusieurs facteurs de risque de cancer du col utérin ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- rapports sexuels à un âge précoce (14 ans ou moins)
- partenaires multiples
- multiparité
- tabagisme
- utilisation prolongée de contraceptifs hormonaux
- immunosuppression
- antécédent d'infection à Chlamydia Trachomatis ou virus de l'herpès simplex de type 2
- je ne présente aucun facteur de risque

21. Avez-vous un antécédent d'examen de dépistage du cancer du col anormal et/ou de colposcopie ?

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

### **PARTIE 5 : Suivi gynécologique**

22. Depuis quand êtes-vous suivie sur le plan gynécologique ? \*

*Une seule réponse possible.*

- depuis 10 ans ou plus
- depuis 5 à 10 ans
- depuis 1 à 5 ans
- depuis un an ou moins
- je ne suis pas suivie

23. A quel rythme êtes-vous suivie sur le plan gynécologique ? \*

*Une seule réponse possible.*

- annuellement
- une fois tous les 2 ans
- une fois tous les 3 ans
- moins d'une fois tous les 3 ans
- je ne suis pas suivie

24. Qui assure votre suivi gynécologique ? \*

*Une seule réponse possible.*

- un gynécologue obstétricien ou médical
- une sage-femme
- un médecin généraliste
- je ne suis pas suivie

25. Qui réalise vos dépistages du cancer du col utérin ? \*

*Une seule réponse possible.*

- un gynécologue obstétricien ou médical
- une sage-femme
- un médecin généraliste
- un médecin biologiste
- personne

26. Rappel des recommandations HAS pour le dépistage du cancer du col utérin : Pour les femmes entre 25 et 29 ans, un examen cytologique tous les 3 ans après deux premiers tests réalisés à 1 an d'intervalle et dont les résultats sont normaux. Pour les femmes de 30 à 65 ans, un test HPV 3 ans après le dernier examen cytologique dont le résultat est normal, un nouveau test tous les 5 ans jusqu'à 65 ans dès lors que le résultat du test est négatif.
- Au regard de ces recommandations, êtes vous à jour pour le dépistage du cancer du col utérin ?

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

27. Si vous n'êtes pas à jour de votre dépistage du cancer du col utérin, quelles sont la ou les raisons ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- je manque de temps
- j'oublie
- le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous est trop long
- j'ai peur des résultats positifs
- je pense être à faible risque car j'ai peu ou pas de partenaires
- je pense être à faible risque malgré la multiplicité de mes partenaires
- je suis pudique/gênée
- j'ai un antécédent d'examen douloureux
- j'ai peur que cela me fasse mal
- Autre : \_\_\_\_\_

28. Quelle(s) est/sont vos motivations à la réalisation du dépistage du cancer du col utérin ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- je connais la nature de la pathologie
- mon entourage me le conseille
- j'ai un accès au dépistage facilité
- mon praticien me l'a conseillé
- je présente des symptômes évocateurs
- ma profession m'y incite
- je présente des facteurs de risque de développer un cancer du col utérin
- j'ai un antécédent familial de cancer du col utérin
- je n'en ai pas

29. Quelle(s) solution(s) proposez-vous pour améliorer l'accès au dépistage du cancer du col pour les internes en médecine ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- impliquer les équipes de santé au travail pour promouvoir le dépistage
- diffuser davantage d'informations sur le dépistage (document papier, site internet, affiches..)
- Autre : \_\_\_\_\_

Ce questionnaire n'est adressé qu'aux internes en médecine générale de Midi-Pyrénées assignées femmes à la naissance. Merci par avance.

---

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

**AUTEUR :** SABAT épouse WOWK Gwendoline

**Date et lieu de Soutenance :** 10/12/2024 - Faculté de Médecine Toulouse Purpan

**Titre de la Thèse :** *Etat des lieux de la participation au dépistage du cancer du col utérin des internes en médecine générale de Midi Pyrénées*

**Directrice de Thèse :** Docteur MUNIER Pauline

**Introduction :** Le cancer du col de l'utérus représente un enjeu majeur de santé publique. Malgré la mise en place d'un dépistage organisé en 2018, aucune étude récente n'a évalué la participation des internes en médecine générale à ce dépistage, une population qui devrait illustrer les bonnes pratiques. **Objectifs :** Déterminer le taux de participation des internes en médecine générale de Midi Pyrénées au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus et identifier les freins et leviers associés. **Méthode :** Cette étude descriptive quantitative a été réalisée à l'aide d'un questionnaire anonyme en ligne. Elle a ciblé les internes en médecine générale de sexe féminin inscrites à la faculté de médecine Toulouse-Rangueil, dans les promotions 2021, 2022 et 2023. Les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse statistique descriptive suivie d'une analyse comparative. **Résultats :** Parmi les 111 réponses recueillies, 82,9 % des internes se sont déclarées à jour dans leur dépistage du cancer du col de l'utérus. Des associations significatives ont été observées : avoir un même partenaire sexuel au cours des quatre derniers mois, avoir des rapports sexuels, et un suivi gynécologique fréquent étaient positivement corrélés à la mise à jour du dépistage. De plus, une meilleure connaissance de la pathologie a été identifiée comme un levier essentiel pour la participation au dépistage. **Conclusion :** Ces résultats, bien qu'encourageants, soulignent des lacunes persistantes dans une population censée promouvoir le dépistage. Les freins identifiés, tels que le manque de temps et l'oubli, soulignent la nécessité d'interventions ciblées pour renforcer la sensibilisation et l'accessibilité. Étant l'une des premières études sur ce sujet depuis l'introduction du dépistage organisé en 2018, elle appelle à des recherches futures impliquant d'autres régions et spécialités médicales.

**Mots-clés :** dépistage du cancer du col de l'utérus, travailleurs médicaux, freins, leviers

*Current State of Participation in Cervical Cancer Screening Among Residents in General Practice in Midi-Pyrénées*

**Introduction :** Cervical cancer is a major public health issue. Despite the implementation of organized screening in 2018, no recent study has evaluated the participation of residents in general practice in this screening, a population that should exemplify best practices. **Objectives:** To determine the participation rate of residents in general practice in Midi-Pyrénées in the organized screening for cervical cancer and to identify the associated barriers and facilitators. **Method:** This descriptive quantitative study was conducted using an anonymous online questionnaire. It targeted female residents in general practice enrolled at the Toulouse-Rangueil medical faculty in the 2021, 2022, and 2023 cohorts. The collected data underwent descriptive statistical analysis followed by comparative analysis. **Results :** Among the 111 responses collected, 82.9% of the residents reported being up to date with their cervical cancer screening. Significant associations were observed : having the same sexual partner in the last four months, engaging in sexual intercourse, and frequent gynecological follow-ups were positively correlated with being up to date with screening. Additionally, better knowledge of the disease was identified as an essential facilitator for participation in screening. **Conclusion :** These results, while encouraging, highlight persistent gaps in a population expected to promote screening. Identified barriers, such as lack of time and forgetfulness, emphasize the need for targeted interventions to enhance awareness and accessibility. As one of the first studies on this subject since the introduction of organized screening in 2018, it calls for future research involving other regions and medical specialties.

**Keywords :** cervical cancer screening, medical workers, barriers, facilitators

**Composition du Jury :**

**Président :** Madame le Professeur Julie DUPOUY

**Assesseurs :** Madame le Docteur Pauline MUNIER  
Madame le Docteur Lola HUG

**Directeur :** Madame le Docteur Pauline MUNIER

**Discipline administrative :** MEDECINE GENERALE

