

Année 2016

2016 TOU3 1124

THÈSE

POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Audrey ARMAND

Le 14 octobre 2016

Quelles sont les motivations des professionnels de santé à réaliser des frottis cervico-utérins, avant 25 ans et après 65 ans, dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus ?

-

Étude qualitative menée dans la région de Midi-Pyrénées du mois de novembre 2015 à janvier 2016

-

Travail réalisé en collaboration avec Amélie CARRADE, étudiante Sage-femme

DIRECTEURS DE THESE :

Docteurs Thierry BRILLAC et Brigitte ESCOURROU

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre LEGUEVAQUE PRESIDENT
Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU ASSESSEUR
Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC ASSESSEUR
Madame le Docteur Marie MAS-CALVET ASSESSEUR
Monsieur le Docteur Alain RIVIERE ASSESSEUR

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2015

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Doyen Honoraire	M. LAZORTHE S. Y.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. LAZORTHE S. F.
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. GOUZI	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	M. PASCAL	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN JP
Professeur Honoraire	M. BAYARD	Professeur Honoraire	M. GERAUD G.
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE	Professeur Honoraire	M. PLANTE P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL JF

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTÉ	Professeur Y. LAZORTHE S.
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. BUGAT Roland (C.E)	Cancérologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CARRIE Didier	Cardiologie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL Michèle	Réanimation Médicale
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. FRAYSSE Bernard (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. LANG Thierry	Bio-statistique Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAUAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MONROZIES Xavier	Gynécologie Obstétrique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
M. MOSCOVICI Jacques	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh	Gériatrie	P.U.	
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie	M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE Bernard (C.E)	Chirurgie générale		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie		

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie	M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAMONTIN Bernard (C.E)	Thérapeutique	M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologique	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. GLOCK Yves	Chirurgie Cardio-Vasculaire	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. LARRUE Vincent	Neurologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROSTAING Lionel (C.E).	Néphrologie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SALVAYRE Robert (C.E)	Biochimie		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
M. VAYSSIÈRE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. BES Jean-Claude	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme CAUSSE Elisabeth	Biochimie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
Mme DUGUET Anne-Marie	Médecine Légale	M. DEDOIT Fabrice	Médecine Légale
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GALINIER Anne	Nutrition
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
Mme HITZEL Anne	Biophysique	M. GASQ David	Physiologie
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. JALBERT Florian	Stomatologie et Maxillo-Faciale	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. LAHARRAGUE Patrick	Hématologie
Mme LE TINNIER Anne	Médecine du Travail	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LEPAGE Benoit	Bio-statistique
M. MONTOYA Richard	Physiologie	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRERE Marie-Françoise	Bactériologie Virologie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme RAGAB Janie	Biochimie	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	M. TKACZUK Jean	Immunologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie		
M. TAFANI Jean-André	Biophysique		
M. TREINER Emmanuel	Immunologie		
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement	M. BISMUTH Serge	M.C.U. Médecine Générale
M. TRICOIRE Jean-Louis	Anatomie et Chirurgie Orthopédique	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
M. VINCENT Christian	Biologie Cellulaire	Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BRILLAC Thierry
Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko

Dr BISMUTH Michel
Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge

REMERCIEMENTS

Aux membres du Jury,

A Monsieur le Professeur Pierre LEGUEVAQUE, Président du Jury

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse. Soyez assuré de mon profond respect.

A Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU, Directrice de thèse

Merci pour votre aide précieuse, tant sur le plan méthodologique que lors de la rédaction de la thèse. Je mesure la chance que j'ai eu de pouvoir travailler avec vous.

Merci pour votre engagement quotidien auprès des internes de médecine générale.

A Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC, Directeur de Thèse

Merci de m'avoir proposé ce sujet de thèse lorsque vous étiez mon tuteur, et l'idée de notre association avec Amélie.

Je vous remercie de votre patience, de votre disponibilité, et de votre aide tout au long de ce travail.

A Madame le Docteur Marie MAS-CALVET,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail, ainsi que pour l'intérêt que vous y porterez.

Veillez trouver l'expression de mes sincères remerciements, et de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Alain RIVIERE,

Merci d'avoir accepté de siéger à ce jury, et pour tous vos conseils que je ne manquerai pas d'appliquer.

Vous m'avez transmis la passion pour ce merveilleux métier. Je garde un excellent souvenir de mon stage à vos côtés.

A tous ceux qui ont accepté de participer à ce travail,

A l'école de sages-femmes du CHU de Toulouse, merci d'avoir accepté la réalisation de ce travail en collaboration avec Amélie CARRADE, ainsi que de votre aide pour le recrutement.

A tous les médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes ayant participé à la réalisation de cette étude, merci pour votre confiance.

A Amélie, sans qui ce travail n'aurait pas eu lieu. Je te remercie d'avoir accepté de réaliser ce travail avec moi, et d'avoir partager toutes ces heures de travail !

A tous mes maîtres de stages ambulatoires,

Aux Docteurs Santiago GARCIA, et Yves PAUBERT pour m'avoir fait découvrir la médecine générale.

Aux Docteurs Éric VERGNES, Alain RIVIERE et Marc VIDAL pour votre accueil à Castres, probablement l'un de mes meilleurs souvenirs d'interne.

Au Docteur Pierre BORIES pour ses nombreux conseils avisés et sa gentillesse, aux Docteurs Serge RICH, Raphael LOZAT et Jean-Marc PARIENTE pour leur accompagnement.

Au Docteur Jean THEVENOT, pour m'avoir appris à aimer la gynécologie, et pour m'avoir accueilli pendant 6 mois.

A ma famille et mes amis,

A mon Papa partit trop tôt. Même si tu n'es pas là aujourd'hui, je suis sûre que tu dois être très fier de là où tu es.

A ma Maman, sans qui je ne serais pas là aujourd'hui. Merci de m'avoir encouragé dans cette voie, de m'avoir permis de réaliser mon rêve qui se réalise aujourd'hui. Merci de ta présence jusque dans les moments difficiles.

A ma sœur Fanny et mon frère Frédéric qui ont toujours été là pour moi. Merci de votre soutien.

A Aurélie et Anaël, pour votre présence et votre soutien durant toutes ses années. Merci pour tous ces bons moments et vacances passés ensemble, j'espère qu'on en vivra plein d'autres tous les 5 !

A Eliane et Pierre, vous avez su être là quand nous en avons eu besoin, merci pour votre soutien. À Aude et Carole, pour votre présence.

A mes grands-parents qui ont toujours été là pour moi.

A mes p'tits Suisses préférés, Jean, Françoise, Michel & Monique, Laurence & Daniel, Caro, Mathieu, Céline, David...

Aux (anciens) ariégeois, Mylène et Justin pour ses années de lycées et celles qui suivent passées ensemble, aux anciennes de la danse Cindie, Chloé, Aude... et Nadège.

A mes amis et anciens co-externes, Laurine et Aldé, Pierre-Marie, Lucie (merci pour la traduction !), Marion, Pauline, Balkis, Romain et Hélène... j'en oublie sûrement d'autres...

A Eve-Lise, Fanny S, Laura, et à tous mes anciens co-internes.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	4
MATERIEL ET METHODES	5
I. MÉTHODE DE RECHERCHE	5
II. ROLE DES CHERCHEURS	5
III. ÉTHIQUE	5
IV. ÉCHANTILLONNAGE	6
1. Choix de la population et échantillonnage	6
2. Mode de recrutement	6
V. LE GUIDE D'ENTRETIEN	7
1. Elaboration du guide d'entretien	7
2. Le guide d'entretien	7
VI. REALISATION DES ENTRETIENS ET RECUEIL DES DONNÉES	8
VII. ANALYSE DES DONNÉES	9
1. Contexte d'énonciation	9
2. Analyse thématique des données	9
RESULTATS	11
I. POPULATION ETUDIEE	11
II. LA PLACE DU PROFESSIONNEL DANS LE DÉPISTAGE	12
1. Les différents acteurs du dépistage	12
2. L'offre de soins	13
3. Les postures des professionnels	14
4. La nécessité de travail en réseaux	15
III. LA REALISATION DES FROTTIS CERVICO-UTERINS AVANT 25 ANS ...	15
1. Le professionnel ne réalise pas de FCU avant 25 ans	15
2. Le professionnel réalise des FCU avant 25 ans	16

a) Les facteurs de risque d'infection à HPV	16
b) Les antécédents de la patiente	17
c) Les points d'appel cliniques	18
d) Une demande de la patiente	18
e) Les habitudes du professionnel	19
IV. LA REALISATION DES FROTTIS CERVICO-UTERINS APRES 65 ANS	19
1. Le professionnel ne réalise pas de FCU après 65 ans	19
2. Le professionnel réalise de FCU après 65 ans	20
a) Le FCU de rattrapage	20
b) Les points d'appel clinique	21
c) Une demande des patientes	21
d) L'espérance de vie qui augmente	22
e) L'évolution de l'activité sexuelle	22
f) L'expérience du professionnel	23
g) Les antécédents de la patiente	23
h) Une prescription médicale	23
V. LA PERCEPTION DES RECOMMANDATIONS	23
1. La méconnaissance des recommandations	24
2. La difficulté de respecter les recommandations	24
3. Le non respect de recommandation : un tabou	25
4. Une volonté d'évolution des recommandations	25
5. La différence entre bénéfice individuel et collectif	26
6. Le manque d'information délivrées au femmes	26
DISCUSSION	28
I. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	28
1. Les forces de l'étude	28
2. Les limites de l'étude	29
a) Limites liées au chercheurs	29
b) Limites liées à l'échantillonnage	29
II. DISCUSSION AUTOUR DES RESULTATS	30
1. Les freins à la participation au dépistage	30
2. Les attitudes des professionnels	31

3.	L'identification des facteurs de risque d'infection à HPV avant 25 ans ..	31
	a) L'âge des premiers rapports sexuels	32
	b) Le nombre de partenaires	32
	c) La coinfection avec d'autres IST	32
	d) La recherche d'autres facteurs de risque	33
4.	Les points d'appel cliniques	33
5.	La volonté de patientes de poursuivre le dépistage	34
	a) Une demande de la patiente	34
	b) Le vécu de l'arrêt du dépistage	34
6.	Les habitudes du professionnel	35
7.	L'expérience du professionnel	35
8.	Le FCU après 65 ans	36
	a) Le suivi gynécologique de la femme après 65 ans	36
	b) Un suivi adapté aux antécédents de la patiente	37
9.	L'évolution de l'activité sexuelle	37
10.	Un dépistage adapté à l'espérance de vie de la patiente	38
11.	La différence entre bénéfice individuel et bénéfice collectif	39
12.	Des recommandations pas toujours adaptées	39
	CONCLUSION	41
	BIBLIOGRAPHIE	43
	ANNEXES	47

INTRODUCTION

En France, le cancer du col de l'utérus, est le dixième cancer le plus fréquent chez la femme. Malgré un dépistage efficace, il est responsable de 1100 décès par an (1).

Le cancer se développe en moyenne 10 à 15 ans après une infection persistante par un papillomavirus (HPV).

La réalisation régulière du frottis cervico-utérin (FCU) a permis de diminuer le nombre de nouveaux cas et de décès ces 20 dernières années (1) : son dépistage permet la découverte et le traitement de nombreuses lésions précancéreuses, avec un retentissement direct sur l'incidence du cancer utérin (2).

A ce jour, il n'existe pas de programme national de dépistage organisé en France. Des programmes expérimentaux de dépistage ont été mis en place depuis les années 1990 dans 13 départements.

Sa généralisation à l'échelle nationale est un objectif phare du Plan Cancer 2014-2019 (3).

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande la réalisation d'un FCU tous les 3 ans après 2 FCU normaux réalisés à 1 an d'intervalle, entre 25 et 65 ans chez les femmes asymptomatiques ayant ou ayant eu une activité sexuelle (1) (4).

De nombreux FCU sont réalisés en dehors des âges recommandés par les sociétés savantes. Selon le baromètre cancer 2005 (enquête déclarative), 66,8 % des femmes entre 20 et 24 ans ont déclaré avoir réalisé un FCU lors des 3 dernières années (5).

L'objectif de cette étude est de déterminer les motivations des professionnels de santé (médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes) à réaliser des frottis cervico-utérins en dehors des âges recommandés, c'est à dire avant 25 ans et après 65 ans.

MATERIEL ET METHODE

I. METHODE DE RECHERCHE

La méthode qui nous a semblé la plus adaptée pour notre travail est la méthode qualitative : cette méthode permet d'explorer les comportements, sentiments, émotions, et expériences personnelles.

Pour le recueil des données, nous avons choisi des entretiens individuels semi-dirigés. Ce type d'entretien laisse plus de liberté aux personnes interrogées pour exprimer leur vécu. Ces entretiens étaient menés à l'aide d'un guide d'entretien basé sur des questions ouvertes.

II. ROLE DES CHERCHEURS

Les entretiens ont été réalisés par 2 chercheuses, Audrey Armand, interne en Médecine Générale et Amélie Carrade, étudiante Sage-femme. Celle qui avait recruté un sujet était en charge de la réalisation de l'entretien et de sa retranscription, son analyse était réalisée séparément par les deux chercheuses puis mise en commun. Une double analyse a donc été réalisé pour chaque entretien.

Nous nous sommes présentées en tant qu'étudiante-chercheuse et non pas en tant que médecin ou sage-femme en formation, afin de limiter les biais liés au statut de l'enquêteur.

III. ETHIQUE

Nous avons soumis notre projet à la Commission d'Ethique du Département de Médecine Générale de Midi Pyrénées, qui a émis un avis favorable concernant notre travail de recherche (**Annexe n°1**).

IV. ECHANTILLONNAGE

1. Choix de la population et échantillonnage

Les principaux acteurs du dépistage de cancer du col de l'utérus : des gynécologues, des médecins généralistes et des sages-femmes ont été recrutés pour être interviewés.

Etaient inclus dans l'étude des gynécologues médicaux et obstétriciens, médecins généralistes et sages-femmes réalisant des FCU, exerçant dans la région Midi-Pyrénées.

Etaient exclus les professionnels ne pratiquant pas de FCU (ou jugeant eux même leur pratique insuffisante), les professionnels non disponibles pendant la période de recueil, ou refusant la participation à l'entretien.

La technique de l'échantillonnage raisonné a été utilisée au sein des 3 groupes de professionnels sur les critères suivants : année d'installation, âge, sexe, exercice libéral ou hospitalier et formations réalisées.

2. Mode de recrutement

Le recrutement selon la technique de l'échantillonnage raisonné c'est fait de la manière suivante : nous avons sélectionné les médecins généralistes à partir du site ameli.fr, de la liste des maîtres de stage universitaires participant à la validation du stage ambulatoire « santé de la femme et santé de l'enfant » du Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse, ainsi que le bouche à oreille nous permettant un recrutement plus large.

Le recrutement des sages-femmes s'est fait avec l'aide de Mme Cathy Jarroux, sage-femme enseignante, qui nous avait communiqué une liste de sages-femmes effectuant les suivis gynécologiques. Nous nous sommes également procurées, grâce au Pôle Régional d'Enseignement et de Formation aux Métiers de la Santé de Toulouse, la liste des sages-femmes ayant participé à la formation « suivi gynécologique et contraception ». Enfin quelques sages-femmes ont été recrutées directement via l'annuaire, en fonction de leur lieu d'exercice.

Pour les gynécologues le recrutement s'est fait sur des lieux de stages et par l'annuaire des Pages Jaunes.

Le premier contact avec les professionnels s'est établi par téléphone, par mail ou bien en personne. Lors de cette première prise de contact, nous nous sommes présentées en tant que chercheuses, avons exposé notre projet de recherche et le déroulement des entretiens. Si la personne contactée était d'accord pour nous rencontrer, nous programmions un rendez-vous. Le plus souvent la date et le lieu étaient laissés au choix du participant.

V. LE GUIDE D'ENTRETIEN

1. Elaboration du guide d'entretien

Pour construire notre guide d'entretien, une recherche bibliographique a été menée avec les mots clés suivants : « dépistage du cancer du col de l'utérus, frottis cervico-utérin, recommandations de bonne pratique », en utilisant les bases de données de PubMed, Cairn.info, EM Premium, la Banque de Données de Santé Publique (BDSP) et Google Scholar.

Les catalogues SUDOC (Système Universitaire de Documentation) ont été interrogés.

Une veille bibliographique a été mise en place.

Les algorithmes de recherche suivants, en français et en anglais ont été utilisés : « frottis cervico-utérin OR cancer col utérus AND dépistage précoce », « frottis cervico-utérin OR cancer col utérus AND ménopause OR 65 ans », « frottis cervico-utérin AND recommandation »

Au fur et à mesure des analyses et de l'émergence de nouvelles données, de nouvelles étapes de recherche bibliographique ont été effectuées.

2. Le guide d'entretien

Notre guide débutait par un rappel de l'intérêt de cette recherche et des conditions entourant l'entretien (retranscription, entretiens anonymisés, etc.). Etaient ensuite posées des questions générales portant sur : l'âge, l'année du diplôme et de l'installation, la date de début de réalisation des FCU, et les formations complémentaires réalisées en gynécologie. Ces

éléments nous ont permis de raisonner notre échantillonnage, constituant le talon sociologique de notre échantillon (**Annexe n°2**).

Une première question dite brise-glace, interrogeait le participant sur sa pratique. Cette première question était volontairement ouverte, pour garantir la spontanéité du discours.

Notre guide d'entretien contenait ensuite 4 parties :

- L'attitude adoptée face à une patiente jeune (moins de 25 ans)
- L'attitude adoptée face à une patiente âgée (plus de 65 ans)
- Les motivations visant à s'écarter des recommandations
- Leur avis sur les recommandations actuelles

Un premier guide d'entretien a été testé au cours de deux entretiens avec des médecins généralistes. Par la suite de légères modifications ont été faites, principalement sur la clarté des questions.

Ce dernier guide d'entretien (**Annexe n°3**) permettait de structurer l'entretien sans diriger le discours et d'aider le participant à orienter la discussion vers la question de recherche.

Les deux entretiens tests ont pu être conservés par la suite dans l'analyse car ils étaient conformes à la méthodologie définie en amont.

VI. REALISATION DES ENTRETIENS ET RECUEIL DES DONNEES

Les entretiens ont été réalisés, par l'une ou l'autre deux chercheuses, soit au cabinet médical du participant, soit à l'hôpital ou à son domicile, en fonction de ses disponibilités. Deux entretiens ont également été réalisés par téléphone.

Une brève présentation du travail de recherche était réalisée avant le début de celui-ci.

Les techniques classiques de la communication verbale ont été utilisées lors de tous les entretiens : la reformulation, la relance, le recentrage.

Les entretiens ont été enregistrés grâce à un dictaphone.

En complément de ce recueil, des notes d'observation ont été retranscrites à la fin de chaque entretien : déroulement de l'entretien, communication non-verbale (contexte d'énonciation).

Les entretiens ont été retranscrits, sur un fichier Word©, pour la plupart le jour même, afin d'être fidèle au contexte. Les éléments de communication non verbale ont été notés entre parenthèse et en italique (**annexe N°4**).

L'arrêt du recueil des données était possible une fois la saturation théorique des données atteinte, quand les deux derniers entretiens n'apportaient pas d'élément nouveau en rapport avec notre question de recherche.

Les participants ont signé un formulaire de consentement après remise d'une note d'information (**Annexes N°5 et 6**).

Toutes les données recueillies ont été anonymisées.

VII. ANALYSE DE DONNEES

1. Contexte d'énonciation

Chaque entretien a fait l'objet d'une analyse du contexte, appelé « contexte d'énonciation », réalisée par la chercheuse ayant mené cet entretien (**Annexe N°7**).

Cette analyse consiste à rappeler les caractéristiques du participant, le cadre dans lequel s'est déroulé l'entretien, l'attitude globale du participant et les éléments nouveaux émergents de chaque entretien.

Ce travail de réflexivité permet de replacer les « verbatim » dans leur contexte pour une analyse plus juste.

2. Analyse thématique des données

Le texte de chaque entretien, a été retranscrit intégralement, mot à mot sur fichier Word©. Nous avons choisi une méthode d'analyse thématique dite à postériori.

Le texte a été découpé en unités de sens. Les unités de sens correspondent à « un noyau de sens repérable en fonction de la problématique et des hypothèses de la recherche ».

Ces unités de sens ont été codées. Les codes ont été regroupés en catégories.

Au fil de l'analyse les catégories ont été affinées en créant des sous catégories. Enfin les catégories ont été regroupées en thème.

Ces différentes données étaient regroupées dans un tableau Excel©. Cette grille a évolué, a été remaniée et enrichie tout au long de l'analyse des entretiens (**ANNEXE n°8**).

Chaque analyse a été faite par deux chercheurs séparément puis mise en commun pour une triangulation des données, limitant le biais d'interprétation ou « subjectivité du chercheur ». En cas de désaccord sur l'analyse du discours entre les deux chercheurs, l'entretien était réécouté et si à l'issue de cette étape, un consensus n'était pas trouvé, l'arbitrage du directeur de thèse était demandé.

RESULTATS

I. POPULATION ETUDIEE

Au total, entre novembre 2015 et janvier 2016, vingt professionnels ont été recrutés pour participer aux entretiens : sept médecins généralistes, cinq gynécologues et six sages-femmes. Les deux entretiens tests (T1 et T2), réalisés auprès de médecins généralistes, ont également été conservés lors de l'analyse.

Sept hommes et treize femmes ont été interviewés.

Les quatre départements dans lesquels ont été réalisés les entretiens sont l'Ariège, la Haute-Garonne, les Hautes-Pyrénées et le Tarn.

Sur les vingt entretiens, quatorze se sont déroulés au cabinet médical du professionnel, deux à son domicile, un dans un centre hospitalier, et trois ont été réalisés par téléphone.

L'ensemble des caractéristiques de chaque participant est visualisable sous la forme d'un tableau anonyme constituant le talon sociologique.

La durée d'enregistrement des entretiens variait de 6 minutes pour le plus court à 18 minutes pour le plus long, pour une durée moyenne de 13 minutes.

Les entretiens T1 et T2 nous ont permis de tester le guide d'entretien. La saturation théorique des données a été atteinte au bout du 19^e entretien. Le dernier entretien nous a permis de confirmer l'absence d'émergence de nouvelles données concernant notre question de recherche.

L'analyse des entretiens nous a permis de faire émerger quatre grands thèmes :

- La place des professionnels dans le dépistage
- La réalisation des FCU avant 25 ans
- La réalisation des FCU après 65 ans
- La perception des recommandations

Les résultats sont illustrés par les « verbatims », en gris dans le texte. Les sigles MG 1 à 7 correspondent aux entretiens réalisés auprès des médecins généralistes 1 à 7, G 1 à G 5 auprès des gynécologues et SF 1 à SF 6 auprès des sages-femmes.

II. LA PLACE DU PROFESSIONNEL DANS LE DEPISTAGE

Les professionnels reconnaissent tous avoir un rôle important dans le dépistage. « Au niveau de la pratique de dépistage je trouve que l'on a une place essentielle » SF 5 ; « ça fait partie de la pratique habituelle du médecin généraliste » MG 7

1. Les différents acteurs du dépistage

Les différents acteurs du dépistage occupaient une place particulière.

Pour les médecins généralistes, il leur était plus facile de suivre les femmes les plus âgées, « la population la plus facile à toucher ce sont les femmes d'âge mûr » MG 1. Ils étaient les plus accessibles et prenaient en charge la patiente dans sa globalité « nous sommes en place de choix parce que justement on a une très bonne connaissance des patientes, à savoir dans leurs comportements, dans leurs habitudes de vie et dans leur... dans leur vie quotidienne, ce sont des patientes qu'on connaît bien et on peut juger de l'opportunité de faire d'autres dépistages » MG 5. Ils réalisaient le suivi tous au long de la vie de la femme et ainsi que de sa famille « j'ai des jeunes filles je les ai suivies bébé, j'ai donné leur 1ère contraception, j'ai fait leur 1er frottis, j'ai fait le suivi leur 1ère grossesse et je suis leur enfant » MG 1.

A l'inverse, chez certaines femmes, la double posture du médecin généraliste, réalisant également le suivi gynécologique apparaissait pour certains comme un frein « Elles ne veulent pas forcément m'avoir moi, médecin généraliste comme gynécologue, parfois elles ont besoin de séparer les 2. Cette consultation et ce frottis, j'ai mon rôle de médecin généraliste, mais aussi de gynécologue pour d'autres. Il ne faut pas que ça empiète » MG 4, certaines femmes souhaitant séparer leur suivi gynécologique.

Les médecins généralistes occupaient également un rôle important dans le dépistage et le suivi des femmes d'origine sociale défavorisée « je dirais la population défavorisée, c'est l'accès aux soins le médecin généraliste on a vraiment, vraiment un rôle majeur, ils sont dans les facteurs de risque » MG 1.

Les sages-femmes, quant à elles, assuraient plutôt le suivi gynécologique des femmes jeunes, « j'ai des patientes qui vont entre 45 et 55 ans pour les plus âgées. » SF 2. Elles disaient avoir un rôle dans le dépistage, la détection des facteurs de risque et l'identification des populations à risque « je ne suis pas un élément curatif du système, moi je suis uniquement là pour dépister et pour essayer de repérer des populations à risque et dans ce cas là faire un dépistage un peu plus ciblé » SF 2.

Les gynécologues réalisaient le suivi de la femme, principalement pendant la période d'activité génitale et chez les femmes jeunes « Je suis souvent amenée à faire les premières prescriptions (...) Après je remarque souvent qu'elles vont voir une gynécologue, (...) Elles ont envie de voir une gynécologue » MG 4. Les femmes, après la ménopause avaient tendance à ne plus consulter leur gynécologue « elles abandonnent souvent en se disant « oh c'est plus la peine maintenant », parce que les femmes associent beaucoup gynécologue et contraception » MG 5 ; « je pense que, il y a une patientèle qui échappe à la gynécologie, aux gynécologues, c'est les post ménopauses » MG 5.

2. L'offre de soins

D'après certains médecins généralistes et sages-femmes, les gynécologues étaient de moins en moins nombreux à exercer, « Le problème sur le secteur c'est que tous les gynécologues s'en vont, et les autres ne veulent plus trop en prendre » MG 2 ce qui entraînait des rendez-vous à plus longue échéance et donc un suivi moins régulier « j'ai beau les encourager, mais comme les rendez-vous c'est à 6 mois comme on m'a dit, on les oublie, on fait n'importe quoi, euh on n'y a pas été, 6 mois d'attente de plus, c'est compliqué quoi » MG 4.

Les sages-femmes s'étaient donc formées au suivi gynécologique à la demande des patientes « il y a beaucoup de gynécologues qui sont partis à la retraite donc il y a une grosse demande. Et c'est un peu pour ça que je me suis (...) c'est la demande des patients, et comme j'ai, euf en fait je me suis formée en gynéco » SF 1.

Pour certains gynécologues, il était important que les médecins généralistes réalisent le dépistage chez les patientes non suivies « C'est souvent les médecins traitants qui les récupèrent au passage, qui en récupèrent quelques-uns, régulièrement, c'est important ça il faut le signaler parce qu'ils sont peut-être plus à même d'essayer d'élargir l'échantillon (...) C'est bien que les médecins généralistes y pensent, ouais c'est vachement bien, ... il faut élargir » G 2.

3. Les postures des professionnels

Dans leur approche du dépistage, les professionnels adoptaient différentes attitudes, dans l'objectif de faire adhérer leurs patientes.

Ceux qui adopteraient une attitude « pro active » viseraient à recruter les patientes, à rechercher celles qui échappaient au dépistage « j'en pêche quelques-unes » MG 1 ; « j'arrive à les ré-accrocher » MG 4.

D'autres adopteraient une attitude « passive » : ils proposaient le dépistage chez leurs patientes, sans trop insister « pas toujours très simple à respecter, parce que quand je leur dis « hop là il y a le frottis à faire » « ah, oui oui je vais venir » ... et puis je les attends... mais bon ça c'est... (...) moi j'essaie de le faire dès que c'est possible dès qu'elles acceptent, sinon c'est les gynécologues, ou pas du tout ...c'est souvent pas du tout ... » MG 6

Les professionnels qui adopteraient une attitude dite « permissive », pouvaient être amenés à réaliser les FCU à la demande de leurs patientes « C'est plus une pression des gens qu'une vraie justification médicale » G 3, ou dans de mauvaises conditions pour ne pas en perdre de vue « elles vont être par exemple en fin de règles, elles vont être avec une petite infection parce que c'est ça qui les aura fait venir, ou elles auront des métrorragies. Des fois on est coincé, on se dit on peut pas faire le frottis la, parce qu'on est pas dans de bonnes conditions, mais si je le fais pas aujourd'hui elle m'échappe (...) » G 1.

4. La nécessité de travail en réseaux

Les professionnels pensaient qu'il était nécessaire de travailler en collaboration avec les autres acteurs du dépistage.

Les sages-femmes et médecins généralistes travaillaient avec des « gynécologues référents » auxquels ils demandaient des conseils ou leur adressaient leurs patientes « lorsqu'on fait des frottis il faut aussi avoir un réseau pour pouvoir adresser en confiance, pouvoir discuter aussi » SF1 ; « Après les frottis, et bien, frottis simples, dès qu'il y a une complication ou qu'il y a quelque chose, je rebascule sur un gynécologue parce que j'ai mes contacts après... » MG 2.

Les professionnels collaboraient également avec les laboratoires d'anatomo-pathologie pour demander des explications sur l'interprétation, « après moi je fonctionne avec le laboratoire de X donc les fois où j'ai eu des soucis d'interprétation où je ne comprenais pas bien ce qu'ils me racontaient, ils m'ont aidé et ça n'a posé aucun souci » SF 4.

Des médecins généralistes ne réalisant pas de suivi gynécologique orientaient également leurs patientes vers les sages-femmes « Certains médecins généralistes commencent à m'envoyer des patientes pour que je fasse des frottis aussi » SF 2.

III. LA REALISATION DES FROTTIS CERVICO-UTERINS AVANT 25 ANS

1. Le professionnel ne réalise pas de FCU avant 25 ans

Certains professionnels ne réalisaient pas de FCU chez les femmes de moins de 25 ans « Moi ce que je respecte surtout c'est, pas de frottis avant 25 ans ! » G 4.

Ils évoquaient le risque de sur-dépistage et donc de sur-traitements chez ces patientes jeunes. Ceci compliquerait le déroulement d'une future grossesse « on va se retrouver quelques fois à faire des amputations de cols hein des conisations, pour une lésion qui aurait régressé, donc ça c'est inadmissible » G 4. Les lésions qui pouvaient être observées avant 25 ans régressaient spontanément, ce qui était un argument contre la réalisation du FCU « faire des frottis avant 26 ans ça me semble ... euh... ça me semble erroné hein, ça me semble une stupidité (*insistance*), puisqu'il y a énormément de papillomavirus qui guérissent tout seul »

MG7 ; « parce que je sais que s'il y a une anomalie elle peut, je sais que dans un grand pourcentage de cas ça se guérit tout seul. » SF 1.

L'absence de cancers du col de l'utérus avant 25 ans expliquait cette attitude « il n'y a pas de cancers micro invasifs du col avant 25 ans » G 4.

Chez les jeunes femmes, la découverte de lésions pré cancéreuses serait générateur d'anxiété non justifiée « je pense que c'est très bien de ne pas faire des tests pour rien (...) de pas faire peur aux gens » SF 6 et certains professionnels regrettaient avoir réalisé des FCU en dehors des recommandations « Moi ça m'est arrivé au début hein, j'avais tendance, comme tout le monde, à en faire trop, et avoir du coup des ASCUS et puis qui disparaissent tout seul donc j'avais bien fait stresser la dame pour rien parce que je n'aurai pas dû lui faire en fait » SF 4.

2. Le professionnel réalise des FCU avant 25 ans

De nombreux professionnels interviewés réalisaient des FCU avant 25 ans « Oh si si si j'en fais, j'en fais j'en fais...oui j'en fais » MG 1, mais la plupart n'en réalisaient que rarement, dans des cas particuliers « des fois ça m'est arrivé de faire des frottis chez des jeunes filles (...) j'en ai fait à 22 - 23 ans mais c'est rare » MG 2.

a) Les facteurs de risque d'infection à HPV

Beaucoup de professionnels adaptaient l'âge de début du dépistage à l'activité sexuelle de leurs patientes : « Moi, à partir le moment où elles commencent à avoir une activité sexuelle, (...) je préfère avancer l'âge en fonction de leur... le début de l'activité sexuelle moi je me fixe plutôt 2 – 3 ans » MG 6.

L'existence de rapports sexuels précoces était un des facteurs souvent cité « Après en plus faut voir à 25 ans, il y en a quand même des femmes qui ont 10 ans d'activité sexuelle derrière elle hein ! Donc il est temps à mon avis ! (...) Il y a des patientes très jeunes, qui ont commencé à avoir des rapports vers 12-13 ans... » MG 3.

La survenue d'une grossesse précoce était également un des éléments qui pouvait être pris en compte « J'ai une patiente qui a eu une grossesse très précoce » SF 4.

Les professionnels identifiaient comme facteurs de risque l'existence de rapports sexuels non protégés « une activité sexuelle très libérée et sans protection et où il n'y a pas eu de dépistage ça peut être pas mal par rapport à l'HPV (...) par rapport au fait qu'elles ont l'air de savoir ou pas qu'il faut se protéger » SF 3 , ainsi que l'existence de conduites à risque « mais vous savez malheureusement il faut tenir compte de l'évolution de la société, vous avez des gamines dès l'âge de 14-15 ans qui pratiquent, qui ont une sexualité... plus que débridée » G 2.

Un des professionnels adaptait l'âge de début du dépistage dans l'hypothèse de rapports non consentis chez ses patientes, et à la particularité de sa patientèle « disons que l'activité sexuelle elle est souvent dans le quartier ...pas forcée mais, voilà ... ce n'est pas...ce n'est pas...tout n'est pas désiré, souhaité etc et donc je préfère avancer l'âge » MG 6.

Chez les jeunes patientes qui avaient eu des partenaires multiples, il paraissait nécessaire pour certains de débiter plus tôt les premiers FCU « déjà par rapport à la vie sexuelle, il y'en a pas mal qui ont de multipartenaires, multi techniques on va dire » T 1.

En cas d'antécédents d'infections sexuellement transmissibles récidivantes (IST), le premier FCU était réalisé avant 25 ans « il y avait eu plusieurs MST coup sur coup (*rire*) un coup l'herpès, un coup le chlamydiae, on se dit bon pourquoi pas lui » G 1.

Pour d'autres, la réalisation du FCU servait également à la détection des IST « normalement on a peu de chance, on peut détecter bien sûr, des des...cervicites infectieuses mais ce n'est pas l'objectif initial, mais bon » G 2.

b) Les antécédents de la patiente

Les antécédents d'infections à HPV étaient un des arguments en faveur d'un dépistage précoce « Soit c'est parce que elle a déjà eu des HPV par exemple » SF6, ou en cas de condylomes « Bon si la personne a eu des condylomes externes » G 1.

Les antécédents familiaux de cancer du col de l'utérus ou de lésions pré cancéreuses étaient également pris en compte « alors si elles n'ont pas d'antécédents au niveau familial euh voilà (...) Sans aucun facteur de risque au niveau familial je pense qu'il faut arrêter... » SF 4.

Le dépistage était réalisé plus précocement chez les patientes séropositives à VIH « je vois une patiente qui est VIH (...) mais c'est rare avant 26 ans, c'est très rare à part cette patiente, ... à part cette patiente VIH » MG 7.

Un médecin généraliste pouvait être amené à réaliser des FCU avant 25 ans chez les patientes toxicomanes « sinon comme autre facteur de risque ça peut être des toxicomanies, ça peut être heu... voilà... plutôt voilà la toxicomanie » MG 7.

c) Les points d'appel cliniques

Les FCU pouvaient être réalisés devant un point d'appel clinique : une plainte de la patiente « le 1er examen gynécologique souvent, je, d'abord je pose la question, si elles ont des symptômes bien sûr, mais si elles n'ont pas de symptômes euh... je me tiens au moins à 2-3 ans après des relations sexuelles régulières » MG5, des métrorragies « faire un frottis avant 25 ans, c'est uniquement sur l'aspect clinique, sur un interrogatoire, des métrorragies post coïtales par exemple » G5, ou devant un aspect macroscopique du col utérin « cette recommandation là je la respecte tout le temps... sauf si évidemment je vois une lésion pas possible sur le col, mais à titre de dépistage systématique, je respecte le col. » G4.

d) Une demande de la patiente

Dans certains cas, le FCU était réalisé à la demande de la patiente, « si elle me le demande je le fais quand même » SF6, surtout si celle-ci était répétée « après 22-23 ans quand la demande se fait de façon itérative plusieurs fois, bah je le fais, de temps en temps ça va » MG 3.

Le praticien pouvait alors se retrouver en difficulté, face à la demande de la jeune fille ou de sa mère « « elle n'a pas encore vu de gynécologue docteur qu'en pensez vous ? » qu'est-ce que vous voulez répondre à ça ! (*rires*) » MG 1, principalement si la mère avait déjà été traitée pour des lésions précancéreuses ou cancéreuses « ... vous en avez d'autres qui ont des antécédents dans la famille elles ont envie de faire des frottis plus précocement, ou elles sont poussées par leur mère » G 2.

Parfois, le dépistage a déjà été débuté par un autre confrère avant l'âge recommandé, il devenait alors difficile de refuser de faire un FCU « difficile de passer derrière une gynécologue qui euh, parole de Dieu on est d'accord. Enfin voilà il y a des femmes qui ne font confiance qu'en leur gynécologue et qu'en toi tu passes derrière et que tu dis que ce n'est pas ça qu'il faut faire euh... » SF 6.

e) Les habitudes du professionnel

Le professionnel pouvait être amené à réaliser le FCU, par habitude, par automatisme « en discutant je n'avais pas percuté moins de 25 ans je ne lui en fais pas, elle venait donc aller frottis. » SF 4, ou bien pour se rassurer lui-même « Mais du coup pour me rassurer moi aussi je le referai quand même » SF 6.

Le professionnel faisait également confiance à son expérience personnelle, « C'est vrai que ça n'a pas grand intérêt, on nous dit que la plupart des cancers sont ...sont d'origine virale hein, oncogène, les virus. Mais que le processus est lent et tout ça... mais moi j'ai déjà eu des CIN 3 à l'âge de 19 ans » G 2, et se sentait parfois conforté dans sa décision « Et j'ai assez raison parce que là je viens de découvrir quand même une lésion CIN 3 chez une jeune femme de 23 ans (...) la celle-ci elle va avoir quand même une conisation » MG 5.

La réalisation des FCU précocement pouvait également avoir pour objectif d'éduquer certaines patientes « Ne serait-ce que déjà de les mettre en... de leur faire comprendre... vous avez des cols très abimés déjà, il y a des pratiques sexuelles qui sortent du classique ... on se demande comment...passons. Faut quand même essayer de les, ...de les responsabiliser, de leur faire comprendre. » G 2.

IV. LA REALISATION DES FROTTIS CERVICO-UTERINS APRES 65 ANS

1. Le professionnel ne réalise pas de FCU après 65 ans

Certains professionnels ne réalisaient pas de FCU chez les femmes de plus de 65 ans « il peut y avoir des patientes de oui 65 ans à peu près, ça a le mérite d'en faire vers 65 ans... Au-delà moi non » MG 7, parce que les patientes ne consultaient plus pour des motifs

gynécologiques « Après 65 ans, non (rires) mais je crois qu'elles ne viennent pratiquement plus » MG 2.

Les sages-femmes qui avaient une patientèle plutôt jeune, n'avaient été que peu confrontés à cette situation « Je n'ai jamais eu l'occasion » SF 6.

Ils rassuraient leurs patientes après 65 ans « après 60 je les rassure... à partir de 60...65 ans... à 70 non j'en fais pas en tout cas... » G 2, le risque de survenue de cancer du col de l'utérus étant faible « jusqu'à 65 ans hein, comme c'est recommandé, ça par contre après... du coup il y a pas de... franchement ... de risque à ne plus faire de frottis » G 4.

D'après certains, les femmes étaient même contentes d'arrêter le dépistage « quand on dit aux dames qu'il faut plus le faire elles sont contentes hein de toute façon elles reviendront pas dessus » MG 2.

Certains étaient prêts à réaliser des FCU après 65 ans à la demande de la patiente, pour la rassurer « Je n'ai jamais eu l'occasion, et je ne le ferai pas si... Pareil quoi je ne le ferai pas si ce n'est pas la peine de le faire, mais si elles veulent absolument qu'on le fasse je pense que je le ferai, enfin voilà pareil pour la rassurer. » SF 6.

Même s'ils ne réalisaient pas de FCU, les professionnels examinaient tout de même leurs patientes « je fais un examen, j'examine le col macroscopiquement, un TV mais je ne ferais pas de prélèvement de frottis » MG 1 ; « Après c'est autre chose de faire un examen gynécologique, on peut faire un examen gynécologique sans frottis hein » G 4.

2. Le professionnel réalise des FCU après 65 ans

a) Le FCU de rattrapage

Certains professionnels se renseignaient sur la date de réalisation des derniers frottis et réalisaient chez des patientes de plus de 65 ans, uniquement des frottis de rattrapage « Je m'assure qu'il y a eu un dernier frottis dans ces eaux-là qui est normal (...) si j'ai pas de frottis récent je vais peut-être en faire à 66-67 ans » MG 1 ; « je fais ce que j'appelle un frottis de rattrapage, c'est à dire une personne qui n'en a pas eu depuis longtemps » G 1.

b) Les points d'appel cliniques

Il s'agissait de FCU orientés par l'interrogatoire : symptômes cliniques « oui oui ça m'arrive. Euh... Surtout devant des symptômes » MG 6, ou dyspareunies « Il y a souvent des demandes pour dyspareunies à cet âge-là, donc moi j'en profite pour leur faire un frottis si je peux » T 2.

Un FCU était également réalisé en cas de col anormal à l'examen clinique « Bon beh moi j'ai ... quand je vois des cols qui sont un peu bizarres, qui me semble... mais il faut toujours regarder le col, s'il y a un doute, ça coute rien d'en faire un hein franchement même si elles viennent pour autre chose » G 2.

c) La demande des patientes

De nombreux FCU étaient réalisés après 65 ans, à la demande des patientes, « après 65 ans ça m'arrive parfois avec des femmes qui ne veulent pas arrêter (*gênée*) leur suivi gynécologique » MG 4, chez des patientes qui pouvaient être anxieuses d'arrêter le dépistage « Ahh, j'essaie qu'à 70-75 ans, je les cadre en leur disant que ce n'est pas la peine, mais c'est vrai que j'ai des patientes qui peuvent être un peu stressées (...) qui ont peur des MST, des cancers » MG 4, ou pour qui l'arrêt était difficile « des dames de 70 ans qui ont eu des frottis toute leur vie, qui venaient et qui étaient très accros donc on a un peu de mal » G 1.

Certains professionnels cédaient aussi la pression des patientes « C'est plus une pression des gens qu'une vraie justification médicale » G 3.

Dire à une patiente d'arrêter le dépistage, équivalait à lui dire qu'elle était « trop vieille », ce qui semblait compliqué pour certains « c'est difficile de lui dire qu'elle est vieille et que maintenant on ne le fait plus » SF 5 ; « des fois même elles nous disent, ben maintenant « je suis vieille j'en ai plus besoin » » G 1.

La réalisation du frottis était dans ce cas-là une « question d'humanité », le professionnel essayant d'espacer progressivement la fréquence, avant d'arrêter « on espace tout doucement, puis on dit encore un... même si c'est peut-être pas trop ... comme ça qu'on devrait faire...mais ça rentre dans l'humanité... » G 1. Dans le cas contraire la patiente serait malheureuse et déprimée « sinon ils vont être malheureux et tout, si je vois qu'ils commencent à déprimer si on ne leur fait pas un frottis bon » G 3.

Certains évoquaient des arguments économiques pour motiver la réalisation du FCU à la demande de la patiente, en évitant le nomadisme médical « De toute façon ils vont aller voir quelqu'un d'autre et ça va coûter plus cher. D'un point de vue purement économique, si elle voit trois personnes et que finalement c'est le 4ème qui le fait. Autant le faire tout de suite et puis c'est tout. Voilà un peu l'idée. » G 3.

d) L'espérance de vie qui augmente

L'évolution et l'augmentation de l'espérance de vie à 65 ans était un facteur qui motivait la réalisation plus tardive des FCU de dépistage « 65 ans...vu l'avancée de l'âge me paraît peut être un peu jeune pour l'arrêt, voilà (...) Je trouve qu'effectivement la barre de 65 est un peu jeune au vu de l'espérance de vie. » MG 4.

Les professionnels prenaient en compte l'âge physiologique de leurs patientes, plus que leur âge biologique « c'est vrai qu'il y a des femmes de 70 ans qui sont en fauteuil roulant qui ont un Alzheimer on ne va pas les embêter à faire... des frottis et puis il y a des femmes de 80 ans qui sont en pleine forme qui vont encore vivre pendant 10 ou 15 ans et ça vaut la peine de faire un dépistage » G 5.

e) L'évolution de l'activité sexuelle

Les professionnels adaptaient l'âge de fin de réalisation des FCU à l'activité sexuelle de leur patiente « ça va dépendre un petit peu aussi de leur vie (*Rire*) sexuelle etc, c'est sûr que une femme de 70 ans qui vit une, qui a des compagnons etc ...moi je continue à faire des frottis. Maintenant une, une dame de... de 70 75 ans qui, qui me dit ne plus avoir de vie sexuelle depuis son veuvage 10 ans avant, n'avoir jamais de problèmes, être assez réticente à un frottis j'avoue que je ne le fais plus » MG 5.

Le FCU était justifié lorsque la patiente présentait une sexualité à risque, avec des rapports non protégés, des partenaires multiples, « une activité sexuelle très libérée et sans protection et où il n'y a pas eu de dépistage ça peut être pas mal par rapport à l'HPV » SF 3.

Certaines femmes commençaient une nouvelle relation avec un nouveau partenaire « Ou des patientes qui veulent refaire leur vie, ... c'est des profils un peu particuliers, sinon j'essaie de rester dans le cadre des recommandations » MG 4.

f) L'expérience du professionnel

Les professionnels qui avaient une expérience de cancer du col de l'utérus chez des patientes de plus de 65 ans, avaient tendance à poursuivre le dépistage « chez une dame qui, qui a une vie sexuelle assez intense et qui euh et qui, à qui j'ai fait un frottis de façon systématique elle devait avoir 68 ans et on a retrouvé des lésions au niveau, qui a nécessité une, une conisation, donc... forte de cette expérience aussi je suis assez assez méfiante » MG 5 ; « c'est à dire que j'ai déjà vu des cancers du col à des âges avancés... » G 5.

g) Les antécédents de la patiente

Les professionnels prenaient en compte les antécédents personnels gynécologiques de la patiente pour décider de la poursuite ou non du dépistage « Est ce qu'elle a eu un antécédent de lésions par un papillomavirus ? Est ce qu'elle a eu des conisations dans le passé ? Est ce qu'elle a eu des traitements ? » MG 5.

Parfois, il était difficile pour les professionnels de connaître le passé gynécologique de la patiente, c'est pourquoi ils continuaient le dépistage.

h) Une prescription médicale

Pour les sages-femmes, le FCU en dehors des recommandations pouvait être réalisé à la demande d'un médecin « Mais j'ai déjà des médecins qui m'ont envoyé des dames qui étaient âgées de plus de 75 ans pour leur faire un frottis. Voilà donc quand c'est prescrit par un médecin, et bien voilà » SF 3.

V. LA PERCEPTION DES RECOMMANDATIONS

Certains professionnels respectaient les recommandations « les recommandations elles sont quand même là parce qu'on a trouvé qu'il y avait des manières de faire et des choses qui

permettaient d'avancer et de dépister réellement les patientes, ce n'est pas pour faire du grand n'importe quoi à coté quoi (...) Je continue à dire effectivement je ne veux pas être cette pratique-là moi en consultation gynécologique. J'essaie de voir les recommandations » MG 4, alors que d'autres avouaient les dépasser et les adaptaient en fonction de leurs patientes « je trouve que c'est bien comme recommandations, mais euh c'est vrai que je vais gratter un petit peu avant un petit peu après en faisant du cas par cas (...), en fonction de la personne aussi quoi » SF 5.

Différentes raisons étaient exprimées par les professionnels.

1. La méconnaissance des recommandations

Trois des professionnels interviewés ne connaissaient pas les recommandations actuelles « euh après, le terme qui est mis, je ne sais pas s'il y a un terme de mis je ne l'ai pas mémorisé en tout cas je ne sais pas s'ils disent jusqu'à... euh » MG 7, et les demandaient pendant les entretiens « je ne sais même pas quelles sont les recommandations en fait... (...) je ne sais même pas quelles sont les recommandations d'ailleurs vous allez me l'apprendre après... » MG 3.

Certains pensaient les connaître « En principe on recommande 60 65 ans » G 3, sans être vraiment sûr d'eux « je pense que c'est 23-24 ans, les recommandations, c'est ça ? L'âge des premiers ... » G 2.

2. La difficulté de respecter les recommandations

Pour beaucoup, le respect des recommandations était difficile « ce n'est pas toujours très simple (*rire*)... pas toujours très simple à respecter » MG 6, que ce soit sur les âges limites ou sur la fréquence « mais euh la difficulté qu'on a, je trouve, c'est de coller par rapport aux recommandations (...) moi j'ai plein de patientes qui depuis 10 ans ont des frottis tous les ans, et plein de patientes qui me disent « oui j'ai eu un frottis à 20 ans » SF 4, du fait de l'habitude des patientes et des autres professionnels « il faut... vous avez beau la rassurer, mais « non il me faut mon frottis chaque année docteur, surtout chaque année » oh putain... Faut arriver à les convaincre que ça sert à rien au bout d'un moment » G 2.

Ceci entraînait des difficultés lors de la prise de relai du suivi « quand je leur annonce que c'est tous les trois ans elles font des bonds au plafond. » SF 3.

3. Le non respect des recommandations : un tabou

Pour certains professionnels, beaucoup ne respecteraient pas les recommandations « Et bien je crois qu'on est nombreux faire ça » G 1.

Leur non-respect apparaissait alors comme un tabou « ouais c'est un peu du tabou parce que... on n'est pas censé faire ça mais... tout le monde, tout le monde le fait » G 1, et ce d'autant plus que s'ils leur adressaient leurs patientes, elles étaient traitées « j'allais dire, une belle hypocrisie, parce que quand on s'aperçoit... quand on adresse aux personnes qui disent ce genre de propos, quand on leur adresse nos propres patientes, il les traite (*insistance*) » G1.

Il leur paraissait également compliqué de dire ne pas respecter les recommandations « Il y a 2 discours : un devant pendant les formations, un derrière pendant les consultations ... si ce n'est chacun fait sa loi... » G 1.

Pour certains médecins généralistes et sages-femmes, ce sont plutôt les gynécologues qui ne respecteraient pas les recommandations « gynécologues qui le faisaient parce que j'ai repris des dossiers... (...) il y a des gynécologues qui sont partis à la retraite, ils ne sont pas très carrés sur les recommandations... » MG 2 ; « mais bon il y a des gynécologues qui en font, des patientes qui sont suivies par un gynécologue et qui ont un suivi gynécologique régulier au-delà et qui font des frottis au-delà » MG 7.

4. Une volonté d'évolution des recommandations

Certains des professionnels interviewés trouvaient les recommandations pas toujours adaptées « Donc moi je pense qu'elle est bien mais il faut aussi faire une adaptation en fonction euh en fonction des personnes » MG 5, pensaient qu'elles allaient évoluer « je pense qu'on va y revenir » MG 1, et le souhaiteraient même « j'espère que ça va faire bouger les choses » G 1.

D'autres professionnels n'avaient pas d'avis sur les recommandations, faisant confiance aux sociétés savantes « Je pense qu'il y a des gens très intelligents qui ont dû se pencher sur la question (*Rire*), donc je n'ai pas grand-chose à en penser » SF 2.

5. La différence entre bénéfice individuel et bénéfice collectif

Pour certains, les recommandations étaient des recommandations de santé publique « comme toutes les recommandations c'est normal, ça s'adresse à une moyenne de population » MG 5, non adaptées à la prise en charge individuelle de leurs patientes « si vous voulez nous on est en situation individuelle devant les patients, bien sûr que l'on est dans des recommandations collectives mais quand même chaque patient est un patient(...) je me positionne plutôt dans un dépistage individuel plutôt que collectif finalement. » T 2.

Des critères économiques interviendraient dans l'élaboration des recommandations « Le problème on a un hic en France, c'est toujours pareil, il faut parler rentabilité, fiabilité. Le coût, le coût de ses dépistages » G 2, et n'étaient pas pris en compte par les professionnels « Il y a beaucoup de choses économiques surtout ... et qui nous échappent complètement » MG 3.

Pour un gynécologue, du fait de l'absence de dépistage organisé, il ne fallait pas confondre les objectifs fixés par la sécurité sociale et les recommandations des sociétés savantes « le dépistage du cancer du col... n'est pas un dépistage organisé en France, c'est un dépistage individuel, et on a tendance à confondre un peu l'organisé, c'est à dire ce qui est préconisé par les sociétés savantes et euh ...et la CPAM et le dépistage individualisé, et donc il faut arriver à transiger entre les 2 » G 5.

6. Le manque d'informations délivrées aux femmes

Des professionnels étaient étonnés du manque d'information des femmes sur le cancer du col de l'utérus, sur son origine « des jeunes filles qui ne savent toujours pas qu'enfin le cancer du col c'est une maladie sexuellement transmissible (...) Voilà, et ça ça me sidère, des femmes de 20 de 30 ans...mais même des femmes un peu plus âgées mais des filles, qui ne savent toujours pas cette histoire-là, moi je trouve ça dingue quand même » G 4.

Ils essayaient donc d'informer les patientes sur le cancer « j'essaie toujours de leur délivrer une information, pour aussi enlever les fantasmes autour du cancer parce qu'à partir du moment où on fait un dépistage (...) il faut bien leur expliquer » SF 4, ainsi que sur le

dépistage « je fais toujours une consultation dédiée seule avec la jeune patiente pour bien lui expliquer tout ce qui est euh ...gynécologie, euh pratique sexuelle, dépistage » MG 5 ; « je leur dis que les recommandations c'est à partir de 25 ans » MG 1 ; « je leur disais « mais il ne faut plus le faire c'est bon, vous avez 65 ans maintenant c'est fini » (*rires*) » MG 2.

DISCUSSION

I. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

1. Les forces de l'étude

Nous nous sommes intéressées à la pratique des professionnels par rapport aux recommandations et à leurs motivations, non étudiées jusqu'alors dans la littérature. L'enquête qualitative nous a permis d'obtenir le ressenti des professionnels, ainsi que leurs points de vue.

Notre étude permet d'avoir une réflexion sur les pratiques des professionnels par rapport aux recommandations sur le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Nous avons interrogé les trois catégories professionnelles réalisant les FCU, permettant un échantillon le plus large possible, ainsi qu'une plus forte représentativité.

L'utilisation du guide d'entretien assure une reproductibilité de l'étude.

Les références bibliographiques ont été continuellement mises à jour grâce à la veille documentaire.

Le travail en commun des deux chercheuses, permettant une double analyse, était bénéfique afin d'améliorer la validité de l'étude, de même que notre double posture de médecin ou sage-femme en formation.

L'approbation de l'étude par la commission d'éthique, enfin, a permis de valider notre protocole de recherche d'un point de vue éthique.

2. Les limites de l'étude

a) Limites liées aux chercheurs

Il s'agissait de notre premier travail de recherche qualitative. Les différentes formations à cette méthode, organisées à la Faculté de Médecine de Toulouse-Rangueil par les Docteurs Brigitte Escourrou et Anne Freyens ainsi que la recherche bibliographique réalisée sur la méthode, nous ont permis de mieux l'appréhender (6).

En tant que médecin généraliste et sage-femme en formation, nous avons chacune interviewé respectivement plutôt des médecins généralistes ou plutôt des sages-femmes. Cela aura pu induire des réponses différentes en fonction de notre statut, même si celui-ci n'était pas annoncé en première intention. Tout au long de notre recherche nous nous sommes attachées à limiter cet aspect en réalisant un travail réflexif continu.

Lors de nos entretiens, nous nous présentions en tant que chercheuses. Certains participants désirant en savoir plus, et il a été impossible de ne pas leur révéler notre statut d'interne en médecine et d'étudiante sage-femme. Cela a pu parfois gêner le recueil de données.

Nous avons conscience que ces différents points cités ci-dessus ont pu biaiser le recueil de données ainsi que l'analyse malgré la rigueur dont nous avons fait preuve tout le long de ce travail de recherche (7).

b) Limites liées à l'échantillonnage

Notre recrutement concerne principalement des professionnels d'exercice libéral. Nous avons interviewé certains gynécologues-obstétriciens d'exercice mixte (libéral et hospitalier), mais ceci n'a pas été possible pour les sages-femmes et les médecins généralistes.

Le centre de planification et d'éducation familial de la Haute Garonne n'a pas répondu favorablement à notre demande, limitant la représentativité de l'étude.

Nous avons interviewé plus de femmes que d'hommes, en ce qui concerne les médecins généralistes et les sages-femmes. Ceci s'explique par le fait qu'il y a significativement plus

de femmes sages-femmes que d'hommes (8), et que les médecins généralistes femmes ont plus de facilités pour proposer un suivi gynécologique (9).

Certains professionnels ont refusé de participer à notre recherche : pratique en gynécologie insuffisante, entretien trop long, manque de disponibilité ou d'intérêt sur le sujet. Plusieurs entretiens ont dû être annulés à cause d'une suractivité le jour du rendez-vous.

Les professionnels ayant accepté de participer aux entretiens sont probablement ceux qui se sentent à l'aise avec le sujet et qui s'y intéressent, ce qui a pu entraîner un biais.

II. DISCUSSION AUTOUR DES RÉSULTATS

1. Les freins à la participation au dépistage

Les professionnels mettent en avant le non-respect et la méconnaissance du dépistage par les patientes, qui ne prennent pas en compte leurs recommandations.

Pour y pallier, certains indiquent des âges plus précoces et des intervalles plus courts à leurs patientes, par rapport aux recommandations de dépistage préconisées par la HAS (10). Ceci afin d'anticiper et de s'assurer que le FCU soit réalisé dans un intervalle conforme (11).

Pour les médecins généralistes et les sages-femmes, les patientes ne sont pas suffisamment informées de la possibilité de réaliser des FCU dans leur cabinet. En effet, 68,2% des femmes pensent qu'il peut être réalisé par une sage-femme, 75,7% par un médecin généraliste et 100% par les gynécologues (12).

La double posture de médecin traitant et praticien en gynécologie serait un frein au suivi pour certains médecins généralistes, alors que pour d'autres, il favoriserait le dépistage. Cette double posture, est identifiée à la fois comme une force et une limite selon plusieurs études (13) (14).

Certaines patientes, de niveau socioculturel inférieur, ne seraient pas suffisamment informées de l'existence du dépistage du cancer du col et douteraient de son intérêt en l'absence de relations sexuelles (13).

La faible demande de dépistage pourrait être plus généralement liée à une culture de prévention insuffisante : pour beaucoup, on ne consulte un médecin que quand on est malade.

2. Les attitudes des professionnels

Lors de l'analyse nos entretiens, nous avons identifié trois attitudes chez les différents professionnels de santé, dans leur approche quant au dépistage, le respect des recommandations, et les moyens adoptés afin d'impliquer leurs patientes :

- **Une attitude pro active** : le professionnel est un réel acteur de dépistage, et souhaite intégrer le maximum de patientes. Il adopte une attitude active de recherche facteurs de risque. D'après notre étude, ce sont ses professionnels qui aurait plutôt tendance à dépasser les recommandations en terme de fréquence et quant aux limites d'âge.
- **Une attitude permissive** : le professionnel ne rechercherait pas systématiquement les facteurs de risque, mais il semble céder, se résigner à faire des FCU hors recommandations à la demande de la patiente, ou si elle est dans un âge considéré comme limite.
- **Une attitude passive** : le professionnel a la conviction qu'il faut respecter les recommandations, et ne recherche pas les facteurs de risque. Il ne réalise que très peu de FCU en dehors des recommandations.

Certains professionnels assumaient et revendiquaient le non-respect des recommandations, estimant avoir les arguments pour le faire, tandis que d'autres semblaient gênés et « avouaient » ne pas les respecter.

3. L'identification des facteurs de risque d'infection à HPV avant 25 ans

L'identification et la recherche de facteurs de risque de la part du professionnel de santé concerne principalement les femmes jeunes, et la réalisation des FCU avant 25 ans.

a) L'âge des premiers rapports sexuels

La précocité des premiers rapports sexuels incite les professionnels à réaliser plus tôt le premier FCU, chez la femme de moins de 25 ans. Plus les premiers rapports sexuels sont précoces, plus le professionnel réalisera le premier FCU précocement. En Europe, plusieurs pays préconisent un début du dépistage à 20 ou 23 ans. Aux Etats-Unis, il est recommandé 3 ans après le début de l'activité sexuelle (15).

En France, le CNGOF recommande de prendre en compte l'âge des premiers rapports et d'effectuer éventuellement un FCU à partir de 20 ans, ce qui correspondrait au délai de 3 ans après les premiers rapports observés à 17 ans en France, chez des patientes très exposées en raison de la précocité des premiers rapports et de la multiplication des partenaires (16) (17).

Le caractère exceptionnel du cancer du col utérin avant 20 ans, réfute le dépistage avant cet âge.

b) Le nombre de partenaires

La multiplicité des partenaires chez la jeune femme entraîne une exposition aux virus HPV, en particulier à haut risque plus importante. Le risque est multiplié par 10 pour chaque nouveau partenaire par mois selon une étude de cohorte californienne (18). Le nombre de partenaires du ou des partenaires rentre également en compte entraînant une exposition virale plus importante.

c) La coïnfection avec d'autres IST

La coïnfection par un virus HPV avec une autre infection sexuellement transmissible (Herpès simplex 2, Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae) apparaît comme un facteur de risque de cancer du col de l'utérus, tout comme l'infection à VIH. On observe chez les femmes immunodéprimées, une prévalence plus élevée d'infections par le HPV, d'infections persistantes, d'infections simultanées par plusieurs génotypes de HPV à haut risque oncogène, et un risque plus important de lésions précancéreuses du col, qui peut être 2 à 6 fois supérieur à celui des femmes séronégatives (19).

L'utilisation du préservatif, qui confère une protection partielle contre l'HPV est pris en compte par certains dans l'âge de début du dépistage. Les praticiens commenceraient le

dépistage plus tôt en cas de rapports non protégés. En effet, l'utilisation du préservatif diminuerait le risque de transmission du virus HPV et le risque de persistance de l'infection (20).

d) La recherche d'autres facteurs de risque

Le tabac apparaît également comme facteur de risque pouvant être pris en compte sur l'âge de début du dépistage. La relation entre tabagisme actif mais aussi passif, et persistance de l'infection HPV a été mise en évidence dans plusieurs études. Les patientes tabagiques ayant une infection plus longue et une probabilité plus faible de clairance virale.

L'âge de début du tabagisme et la durée du tabagisme sont corrélés à une clairance réduite de l'HPV et à un risque accru de néoplasie cervicale (20).

Les antécédents familiaux de cancer du col de l'utérus, principalement chez la mère, font partie pour certains, de critères pris en compte pour un dépistage plus précoce. Il n'a pas été démontré de caractère familial ou de risque plus important chez les descendantes de patientes ayant présenté un CCU. Chez certains professionnels, il s'agirait également d'une réponse à la demande et l'angoisse de la mère de la jeune patiente, ayant déjà vécu l'expérience du cancer ou de lésions précancéreuses.

4. Les points d'appel cliniques

Plusieurs professionnels disent réaliser des FCU avant 25 ans ou après 65 ans, en cas de plaintes de la patiente ou de signes cliniques à l'examen : métrorragies, dyspareunies, aspect macroscopique du col pathologique à l'examen, condylomes externes.

Les recommandations actuelles excluent du dépistage du cancer du col utérin « les femmes symptomatiques et/ou ayant des signes fonctionnels ou cliniques faisant suspecter un CCU ». En présence d'une femme symptomatique, le professionnel ne se situe plus en situation de dépistage mais diagnostique. (19)

5. La volonté des patientes de poursuivre le dépistage

a) Une demande de la patiente

Des professionnels interrogés réalisent des FCU en dehors des recommandations, à la demande de la patiente. Ils nous ont fait part, pour certains, de leurs difficultés face à cette situation, et ce d'autant plus qu'il s'agit de demandes itératives. En effet, il a été retrouvé que 16,9% des FCU seraient réalisés à la demande de la patiente (21).

Pour certains professionnels, il s'agirait d'une « question d'humanité », face à un stress, pour rassurer leurs patientes, et ceux malgré les explications et informations délivrées (22). En effet, certaines patientes ont peu de connaissance sur le cancer du col de l'utérus, ce que certains professionnels regrettent.

D'autres professionnels évoquent d'autres raisons : éviter le nomadisme médical pour éviter qu'une patiente consulte plusieurs confrères pour arriver à ses fins, certains mêmes « avouent » réaliser des FCU sans raisons médicales, sur simple « pression des patientes ».

b) Le vécu de l'arrêt du dépistage

L'arrêt du dépistage chez certaines femmes, provoqueraient chez elles, le sentiment de se sentir « trop vieille » pour la société.

C'est pourquoi certains professionnels adaptent leurs pratiques en espaçant progressivement les FCU.

Cet arrêt paraît, pour certains professionnels, particulièrement difficile pour les femmes qui ont été très suivies jusqu'à l'âge de 65 ans.

Chez les femmes demandeuses de FCU après l'âge recommandé, un intervalle de 5 ans entre 2 FCU peut paraître adapté : un audit du dépistage britannique réalisé en 2003 montre que chez les patientes de 55 à 69 ans, après une FCU négatif, la répétition de ce frottis à 1,3 et 5 ans assure respectivement une prévention de cancer de 87%, 87% et 83% (23) (24).

6. Les habitudes du professionnel

Il peut arriver également que le FCU soit réalisé par automatisme, le praticien ne prenant pas vraiment en compte l'âge de la patiente lors de la consultation, et inclus dans son suivi gynécologique le dépistage par « réflexe » « en discutant je n'avais pas percuté (moins de 25 ans je ne lui en fais pas), elle venait donc allez, frottis. » SF 4.

Certaines patientes seraient habituées à réaliser leur frottis, en dehors des recommandations, et par un autre praticien. Dans ce cas, les professionnels peuvent être amenés à poursuivre le dépistage initié. Ils évoquent, en effet la difficulté de modifier un protocole de dépistage, de discréditer un confrère, ou de perdre la confiance d'un nouveau patient. Ceci est particulièrement ressenti par les médecins généralistes et les sages-femmes ayant des patientes auparavant suivies par un gynécologue.

Certaines sages-femmes, relèvent également le problème d'une patiente adressée par un médecin pour la réalisation du frottis, en dehors des recommandations préconisées.

Dans le parcours des femmes, le gynécologue est fréquemment consulté en premier, certains évoquant « un rite de passage ». Ces « postures hiérarchiques », dans les représentations des femmes, et « le complexe d'infériorité » ressenti par certains, entraîneraient des difficultés pour les autres professionnels de prendre le relai du suivi.

7. L'expérience du professionnel

Certains professionnels semblent se fier à leur expérience personnelle, et adaptent les recommandations en fonction de celle-ci, par crainte de ne pas dépister assez tôt des lésions précancéreuses et d'entraîner une perte de chance à leurs patientes.

Un professionnel ayant déjà retrouvé des lésions de haut grade chez des patientes jeunes ou âgées, aura plus tendance à dépasser les recommandations.

Le cancer du col de l'utérus est rare avant 25 ans, et exceptionnel avant 20 ans. Selon les données du réseau Francim, portant sur l'année 2005, on retrouve une incidence de 0,6 pour 100 000 chez les 20-24 ans et de 0,1 pour 100 000 chez les 15-19 ans (23)(25). Les anomalies

cytologiques sont fréquentes, et correspondent pour beaucoup à des lésions mineures. Grâce à une clairance virale relativement performante, l'évolution des lésions chez les jeunes femmes seraient moins péjorative avec des taux de régression importants, permettant d'envisager une simple surveillance (26).

Dépister des lésions précancéreuses avant 25 ans, pose la question de la conduite à tenir : de la simple surveillance au traitement curatif. Les professionnels semblent assez partagés, beaucoup d'entre eux évoquant le risque de sur-traitement chez des femmes jeunes nullipares.

Même si le cancer du col de l'utérus est un cancer de la « femme jeune », son incidence chez les femmes de plus de 65 ans reste importante : le nombre de nouveaux cas en France en 2015 est de 329 chez les 65-74 ans, 247 chez les 75-84 ans et de 174 chez les plus de 85 ans (25). Parallèlement, la survie chute avec l'âge, principalement dû au diagnostic tardif des lésions (23). Selon une étude réalisée en 2009, le pourcentage de FCU anormaux après 65 ans est comparable à celui retrouvé chez les femmes de moins de 25 ans, et ce malgré un suivi antérieur suffisant (27). Le pourcentage de lésions évocatrices de cancer est plus important dans le groupe de femmes après 65 ans, ce qui pourrait encourager à poursuivre les frottis après 65 ans (28).

Les professionnels semblent également palier à leurs propres peurs, en réalisant des dépistages plus précoces chez la femme jeune et plus tardif chez la femme plus âgée.

8. Le FCU après 65 ans

a) Le suivi gynécologique de la femme après 65 ans

D'après les professionnels interrogés, les femmes, et ce dès la ménopause, semblent être moins suivies sur le plan gynécologique. Elles associent souvent le suivi gynécologique à la grossesse et la contraception. Selon le baromètre cancer de 2010, 70,5% des femmes de 55-59 ans déclarent avoir réalisé un FCU dans les 3 ans et 70,6 chez les 60-65 ans, c'est la proportion la plus faible sur les tranches d'âges cibles du dépistage (29).

Avec l'avancée en âge, la proportion de femmes s'adressant à leur médecin traitant pour des symptômes gynécologiques augmente (30). En tant que praticien de premier recours, le

médecin généraliste a un rôle primordial dans le recrutement des femmes et la réalisation du FCU chez les femmes qui échappent au dépistage.

Chez les professionnels interrogés, on retrouve cette volonté de dépister ces femmes. Certains réalisent un « frottis de rattrapage » chez les femmes de plus de 65 ans, chez qui ils ne retrouveraient pas de FCU réalisé récemment, comme préconisé dans les recommandations (19).

b) Un suivi adapté aux antécédents de la patiente

Après 65 ans, la prise en compte des antécédents gynécologiques, en particulier les résultats des différents FCU réalisés tout au long de la vie de la patiente apparaît importante.

En effet, en cas de d'antécédents de CIN, de lésion micro invasive, la patiente ne situe plus en situation de dépistage mais dans le suivi d'une lésion précancéreuse pour lequel il est préconisé un suivi annuel (31).

Pour certains médecins généralistes et dans une moindre mesure les sages-femmes, il leur est souvent difficile de connaître les antécédents et les résultats des différents FCU réalisés. C'est pourquoi, certains, en cas de doute, continuent de réaliser un dépistage chez la femme de 65 ans et plus. Il leur apparaît nécessaire d'améliorer la communication entre professionnels, afin de mener le suivi et de prendre le relai dans les meilleures conditions possibles.

9. L'évolution de l'activité sexuelle

L'activité sexuelle de la femme est prise en compte lors du choix de la réalisation du FCU chez la femme plus âgée, certains ne jugeant pas utile le dépistage chez une femme n'ayant pas de rapports sexuels, d'autres réalisant des FCU chez toute femme de plus de 65 ans ayant une activité sexuelle.

La société actuelle évolue : augmentation du nombre de divorces, changement de partenaires, veuvages, remariages.

Plusieurs études constatent que les personnes de 50 ans ou plus, ont une sexualité active et à risque. En France, parmi les personnes ayant eu des partenaires au cours des cinq dernières

années, 37% des 50-70 ans déclarent ne jamais avoir utilisé de préservatifs, et 54 % déclarent ne jamais avoir réalisé de dépistage des infections sexuellement transmissibles (32).

Bien que leur fréquence diminue avec l'âge, les séniors ne sont pas épargnés par les IST : les personnes de plus de 50 ans représentaient plus de 19% des découvertes de séropositivité en 2011 (33). Elles ne sont pas non plus épargnées par les autres IST (34).

L'infection à HPV, chez la femme de plus de 65 ans, est plus rare, et principalement liée à une moindre exposition virale (35). Cependant, les virus à hauts risque restent les plus fréquemment rencontrés (36). La clairance virale est aussi plus lente chez les patientes plus âgées. Le rôle des partenaires ne peut être ignoré, la prévalence de l'infection à HPV à hauts risques variant peu, les femmes ayant une activité sexuelle sont donc exposées (37).

Du fait de l'allongement de l'espérance de vie et de l'évolution sociétale vers la construction de plusieurs couples dans la vie d'un même individu, même tardivement, le maintien d'une activité sexuelle au-delà de 65 ans est fréquente.

De plus, l'autorisation de mise sur le marché des traitements de la dysfonction érectile depuis 1999, a permis de maintenir une activité sexuelle satisfaisante à un âge où sa prévalence augmente régulièrement : 20 à 40 % des hommes de 60 à 69 ans. Ceci a contribué à l'évolution de la sexualité des plus de 50 ans ces dernières années et peut être un facteur modifiant l'exposition de la femme aux virus HPV.

10. Un dépistage adapté à l'espérance de vie de la patiente

L'espérance de vie des plus de 65 ans ne cesse d'augmenter. Selon les données de l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), l'espérance de vie en 2015 en France pour une femme de 60 ans est de 27,3 ans. Ce chiffre est en constante augmentation (38).

L'espérance de vie en bonne santé a également augmenté de manière significative depuis 2005 (39).

Dans leur décision de poursuivre ou non des actions de prévention, les professionnels prennent en compte l'état général de leurs patientes, les pathologies chroniques en cours afin d'en appréhender l'âge physiologique.

Certains professionnels décrivent comme scandaleux l'arrêt du dépistage : « Alors, là je trouve que les recommandations sont un véritable scandale, estimer que si une femme de 66 ans à un cancer hm ce n'est pas grave, ça fera des retraites à verser en moins enfin ... euh... » G 5.

11. La différence entre bénéfice individuel et bénéfice collectif

Le dépistage du cancer du col de l'utérus fait l'objet de recommandations dans le cadre d'un dépistage individuel, avec des objectifs de santé publique. Ces recommandations ont pour objectifs d'améliorer l'état de santé de la population.

Les enjeux sont multiples : amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie de la population, principes d'équité, enjeux de santé publique (réduction de la morbi-mortalité), amélioration de l'organisation des soins, amélioration de la qualité des pratiques, et des enjeux financiers pour l'Etat et l'Assurance maladie (40).

Si ces recommandations semblent justes, compte tenu des impératifs de la société, elle atteint, pour certains professionnels, des limites d'un point de vu individuel : Faut-il privilégier la collectivité face à l'individu ou défendre l'individu et sa vie privée face à la collectivité ? (41)

Dans le colloque singulier qui lie le professionnel de santé et sa patiente, celui-ci, tout en tenant compte des recommandations, favorise, quand il le juge utile l'individu.

12. Des recommandations pas toujours adaptées

Lorsque les participants donnent leur avis sur les dernières recommandations, différents points de vu apparaissent :

- Ils estiment les recommandations adaptées à leur pratique actuelle, fondées sur des études européennes et internationales, et sur la connaissance de la physiopathologie de l'infection à HPV. Celles-ci permettent de limiter le risque de sur-diagnostics et de sur-traitements, et l'anxiété provoquée chez ces patientes. Même s'ils jugent les recommandations adaptées chez la plupart des patientes, ils peuvent être amenés à dépasser ponctuellement les recommandations, chez des

patientes qu'ils considèrent comme à risque élevé de cancer du col de l'utérus et/ou de lésions précancéreuses.

- Ils estiment les recommandations non adaptées à leur pratique. Il leur paraît nécessaire de dépister plus précocement chez les femmes de moins de 25 ans et plus tardivement chez les femmes de 65 ans. L'évolution des recommandations paraît pour certains nécessaire.

Leur expérience personnelle de découvertes de lésions à ces âges les conforte dans leurs pratiques.

CONCLUSION

Notre étude a mis en évidence la volonté des professionnels de faire adhérer leurs patientes au dépistage par différentes attitudes : pro active, passive ou permissive.

L'évolution de la démographie médicale, en particulier la baisse du nombre de gynécologues, incite les médecins généralistes et les sages-femmes à s'investir dans les dépistages des cancers gynécologiques.

Avant 25 ans, l'identification des facteurs de risque d'infection à HPV et de persistance du virus est l'une des principales motivations à réaliser des FCU : premiers rapports sexuels précoces, partenaires multiples, rapports sexuels non protégés et antécédents d'IST, grossesse précoce, ou antécédents de lésions à HPV.

L'évolution de notre société (remariages, évolution de l'activité sexuelle après 65 ans et fréquence de IST, mise sur le marché des traitements de la dysfonction érectile) incitent à poursuivre le dépistage au-delà des recommandations, en prenant en compte les antécédents et le mode de vie des patientes, afin de réaliser un dépistage personnalisé.

De nombreux FCU sont réalisés à la demande des patientes, celles-ci souhaitant être actrices de leur propre santé. Parfois, lorsque la demande est répétée, les professionnels cèdent à la demande.

La réalisation du frottis peut également être une solution proposée pour répondre à un stress, et à l'anxiété des patientes.

L'existence de lésions précancéreuses (ou cancéreuses) chez des femmes de moins de 25 ou de plus de 65 ans, encourage la réalisation du dépistage afin de ne pas faire perdre de chances aux patientes. Ceci est d'autant plus important que le professionnel a eu des expériences négatives.

Il s'agit également, pour le praticien, d'un moyen de faire face à ses propres représentations, face au risque de survenue d'un cancer.

L'analyse du ressenti des professionnels acteurs du dépistage du cancer du col utérin, a permis de mettre en évidence des pratiques différentes.

Ce travail permettra d'apporter des pistes de réflexion afin d'améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Vu le président du jury
P. Leguevaque 21/09/2016.



Toulouse, le 22.09.2016

Professeur Pierre LEGUEVAQUE

Chef de service

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
Chirurgie Générale et Gynécologique
CHU TOULOUSE Hôpital RANGUEIL
1, avenue Jean Poulhès - TSA 50032
31059 TOULOUSE CEDEX 9

Vu permis d'impression
Le Doyen de la faculté
de médecine Rangueil
Elle SERRANO



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Les cancers en France - Edition 2015 - Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 17 mai 2016]. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Les-cancers-en-France-Edition-2015>
2. Duport N. Point sur l'épidémiologie et le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Mises À Jour En Gynécologie Médicale [Internet]. 9 déc 2009 ; 2009. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2009_GM_455_duport.pdf
3. Plan cancer 2014-2019 : priorités et objectifs - Plan cancer | Institut National Du Cancer [Internet]. Février 2015 [cité 6 sept 2016]. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs>
4. Haute Autorité de Santé - État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France [Internet]. Juillet 2010 [cité 17 mai 2016]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1009772/etat-des-lieux-et-recommandations-pour-le-depistage-du-cancer-du-col-de-luterus-en-France
5. Baromètre cancer 2005 - 991.pdf [Internet]. [cité 24 mai 2016]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/991.pdf>
6. Aubin Auger I. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;(84):142-5.
7. Robo P. A propos de recherche et méthodes qualitatives. 1995.
8. Sicart D. Les professions de santé au 1er janvier 2011. Ser Stat - Doc Trav - DREES. juill 2011;(158):63p.
9. Barrere-Chantre C. Qu'est ce qui détermine le choix du praticien pour le suivi gynécologique des femmes ? [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Clermont I; 2009.
10. Haute Autorité de Santé - Fiche de synthèse - recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 24 août 2016]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/fiche_de_synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
11. Garson S. Le profil des femmes qui ne participent pas au dépistage du cancer du col de l'utérus. Human health and pathology. 2014 [cité 24 août 2016]. Disponible sur : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01136492/document>
12. Bernard-Granger S. Connaissances des femmes sur les moyens de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus. Gynécologie et obstétrique. 2014. <dumas-01025730>

13. Badet-Phan A, Moreau A, Colin C, Canoui-Poitrine F, Schott-Pethelaz AM, Flori M. Obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus rencontrés par les médecins généralistes chez les femmes âgées de 50 à 65 ans. *Prat Organ Soins*. 1 oct 2012 ; 43(4) : 261-8.
14. Gambiez-Joumard A, Vallée J. Approche de la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico-utérin. *Exercer*. 2011. (98):122-8.
15. Baldauf J-J, Fender M, Youssef Azer Akladios C, Velten M. Le dépistage précoce du cancer du col est-il justifié ? *Gynécologie Obstétrique Fertil*. Juin 2011 ; 39(6):358-63.
16. Morcel K, Lavoué V, 9.12.2009. Quand faut-il commencer le dépistage du cancer du col utérin ? *Extrait Mises À Jour En Gynécologie Médicale*. 2009. 539-54.
17. Douvier S. Faut-il faire des frottis de dépistage du cancer du col utérin avant 25 ans ? *Mises À Jour En Gynécologie Médicale*. 2011. 645-659.
18. Moscicki A-B. HPV infections in adolescents. *Dis Markers*. 2007 ; 23(4) : 229-34.
19. Haute Autorité de santé - Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus, Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS) [Internet]. 2013. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08__vf_mel.pdf
20. Gavillon N, Michel M-E. Tabac, pilule et infections HPV. *Mises À Jour En Gynécologie Médicale*. 2008. 553-574.
21. Cazenave A, Verstraeten J, De Maria F, Gremy I. Le suivi des indicateurs du Plan régional de santé publique 2006-2010 en Ile-de-France [Internet]. Disponible sur : <http://www.ors-idf.org/dmdocuments/4pprsp2009.pdf>
22. Finset A. « I am worried, Doctor ! » : emotions in the doctor-patient relationship. *PATIENT Educ Couns*. Sept 2012 ; 88(3) : 359-63.
23. Morcel K, Lavoué V. Faut-il faire des frottis après 65 ans ? *Mises À Jour En Gynécologie Médicale*. 2011 ; 661-76.
24. Sasieni P, Adams J, Cuzick J. Benefit of cervical screening at different ages : evidence from the UK audit of screening histories. *Br J Cancer*. 7 juill 2003 ; 89(1):88-93.
25. Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015 [Internet]. [cité 30 août 2016]. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Surveillance-epidemiologique-des-cancers/Estimations-de-l-incidence-de-la-mortalite-et-de-la-survie/Projections-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-en-2015-Tumeurs-solides>

26. Ho Gyf, Bierman R, Beardsley L, Chang CJ, Burk RD. Natural History of Cervicovaginal Papillomavirus Infection in Young Women. *N Engl J Med*. 12 févr 1998 ; 338(7):423-8.
27. Wheat Me, Mandelblatt Js, Kunitz G. Pap smear screening in women 65 and older. *J Am Geriatr Soc*. 1988 ; 36(9):827-30.
28. Flori M, Dupraz C, Erpeldinger S, Le Goaziou M-F. Frottis du col de l'utérus chez les femmes de plus de 65 ans. Étude descriptive rétrospective réalisée sur une année. *Revue Prat*. 2009 ; 59(10):29-32.
29. Baromètre cancer 2010 [Internet]. [cité 25 août 2016]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1405.pdf>
30. Gynécologie Et Santé Des Femmes. L'offre de soins. Prise en charge gynécologique [Internet]. [cité 25 août 2016]. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm
31. Frottis final - Recommandations ANAES 2002 [Internet]. [cité 26 août 2016]. Disponible sur : http://www.societe-colposcopie.com/sites/default/files/frottis_final_-_recommandations_2002_anaes-2.pdf
32. Les séniors et le VIH [Internet]. [cité 30 août 2016]. Disponible sur : http://www.opinion-way.com/pdf/les_seniors_et_le_vih_-_opinionway_pour_janssen_-_novembre_2014.pdf
33. Bulletins des réseaux de surveillance des IST [Internet]. [cité 12 sept 2016]. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST>
34. SCORE-Santé : Répartition des découvertes de séropositivité au VIH selon l'âge [Internet]. Fédération nationale des observatoires régionaux de santé ; 2013. Disponible sur : http://www.scoresante.org/score2008/tableau/Tableau_2015.aspx?idnodind=33459&islsp=0&idctx=36&idlbl=0&ff=0&tri=lib
35. Cuzick J, Clavel C, Petry K-U, Meijer CJLM, Hoyer H, Ratnam S, et al. Overview of the European and North American studies on HPV testing in primary cervical cancer screening. *Int J Cancer*. 1 sept 2006 ; 119(5):1095-101.
36. Peto J, Gilham C, Deacon J, Taylor C, Evans C, Binns W, et al. Cervical HPV infection and neoplasia in a large population-based prospective study: the Manchester cohort. *Br J Cancer*. 31 août 2004 ; 91(5):942-53.
37. HPV vaccination against cervical cancer in women above 25 years of age : key considerations and current perspectives. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 30 août 2016]. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19819540>
38. Insee - Population - Espérance de vie - Mortalité [Internet]. [cité 26 août 2016]. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=T16F036

39. Espérance de vie en bonne santé : dernières tendances [Internet]. [cité 26 août 2016]. Disponible sur : <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/esperance-de-vie-en-bonne-sante-dernieres-tendances>
40. Haute Autorité de Santé - Stratégies de dépistage du cancer du col de l'utérus en France en 2009 - Note de cadrage [Internet]. [cité 30 août 2016]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_797169/fr/strategies-de-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-en-france-en-2009-note-de-cadrage
41. Haehnel P. Dépistage : principes éthiques. Bull Cancer (Paris). 22 mai 2001 ; 88(4):407-10.

ANNEXES

Annexe n°1 : Avis de la commission d'éthique



Président : Mme Laurencine VIEU

Secrétaire : M Serge BISMUTH

AVIS DE LA COMMISSION ÉTHIQUE DU DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Renseignements concernant le demandeur :

Nom **ARMAND Audrey**
Qualité, Interne médecine générale
Adresse, 12 rue du Luan 31130 BALMA
Courriel audrey.armand.ar@gmail.com
Numéro de téléphone 0686017632

Nom **CARRADE Amélie**
Qualité, Etudiante sage femme
Adresse, 44 avenue Grande Bretagne 31300 TOULOUSE
Courriel amelie.carrade@orange.fr
Numéro de téléphone 0674750149

Renseignements concernant le promoteur :

Nom Dr **BRILLAC Thierry / Dr ESCOURROU Brigitte**
Qualité Directeurs de Thèse
Adresse
Courriel thierrybrillac31@gmail.com / brigitte.escourrou@dumg-toulouse.fr
Numéro de téléphone

Titre complet de la recherche : Quelles sont les motivations des professionnels de santé à réaliser des frottis cervico utérins avant 25 ans et après 65 ans ?

AVIS DE LA COMMISSION : Avis favorable

le 23/03/2016

Serge Bismuth

Annexe n°2 : Talon sociologique

Code Entreti en	Profession	Milieu d'exercice	Département	Lieu Entretien	Genre	Age	Année de diplôme	Année d'installation	Début de réalisation des FCU	Formation
SF 1	SF libérale	Rural	Haute Garonne	Au cabinet	Femme	40-50 ans	1993	2004	2014	Formation continue gynécologie
SF 2	SF libérale	Rural	Haute Garonne	Par téléphone	Homme	40-50 ans	1998	2003	2013	Formation continue gynécologie
SF 3	SF libérale	Semi Rural	Haute Garonne	Par téléphone	Femme	30-40 ans	2010	2013	2013	Formation continue gynécologie
SF 4	SF libérale	Urbain	Haute Garonne	Au cabinet	Femme	30-40 ans	2002	2010	2011	Formation continue gynécologie
SF 5	SF libérale	Urbain	Haute Garonne	Au cabinet	Femme	40-50 ans	1995	1997	2009	Formation continue gynécologie
SF 6	SF libérale	Urbain	Haute Garonne	Au cabinet	Femme	< 30 ans	2013	2013	2013	Formation initiale
MG 1	Médecin généraliste	Rural	Tarn	Au domicile	Femme	40-50 ans	1990	1990	1990	Formation initiale
MG 2	Médecin généraliste	Urbain	Haute Garonne	Au cabinet	Femme	30-40 ans	2010	2013	2010	DU* gynécologie
MG 3	Médecin généraliste	Urbain	Haute Garonne	Au cabinet	Femme	40-50 ans	1986	1986	1986	Formation initiale
MG 4	Médecin généraliste	Urbain	Haute Garonne	Au cabinet	Femme	30-40 ans	2010	2010	2010	DU gynécologie
MG 5	Médecin généraliste	Urbain	Haute Garonne	Au cabinet	Femme	> 50 ans	1986	1986	1986	DU gynécologie
MG 6	Médecin généraliste	Urbain	Haute Garonne	Au cabinet	Homme	50 ans	1981	1982	1982	DU gynécologie
MG 7	Médecin généraliste	Urbain	Haute Garonne	Par téléphone	Homme	> 50 ans	1981	1981	1996	Séminaires de FMC
T 1	Médecin généraliste	Semi Rural	Haute Pyrénées	Au cabinet	Femme	30-40 ans	2008	2010	2008	Formation initiale
T 2	Médecin généraliste	Semi Rural	Haute Pyrénées	Au cabinet	Homme	> 50 ans	1978	1979	1979	Formation initiale
G 1	Gynécologue	Urbain	Tarn	Au cabinet	Femme	> 50 ans	1988	1989	1988	Formation initiale
G 2	Gynécologue	Urbain	Tarn	Au cabinet	Homme	> 50 ans	1992	1993	1992	Formation initiale
G 3	Gynécologue obstétricien	Semi Rural	Arège	Hôpital	Homme	> 50 ans	1986	1991	1986	Formation initiale
G 4	Gynécologue / Endocrinologue	Urbain	Haute Garonne	Au domicile	Femme	40-50 ans	1994	1994	1994	DESC* médecine de la reproduction et gynécologie
G 5	Gynécologue obstétricien	Urbain	Tarn	Au cabinet	Homme	> 50 ans	1986	2012	1986	Formation initiale

DU : Diplôme Universitaire

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire

Annexe n°3 : Guide d'entretien définitif

Introduction

Je vous remercie de votre participation à cet entretien qui a pour objectif de répondre à une question de recherche de fin d'étude.

Le sujet de recherche porte sur la réalisation des frottis cervico-utérins dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus, par les professionnels de santé.

Cet entretien a pour objectif de recueillir vos opinions et vos pratiques concernant ce sujet.

Les échanges vont durer d'un quart d'heure à vingt minutes. Nous souhaitons que la discussion soit aisée et libre. Toutes vos réponses seront intéressantes. Vous pouvez à tout moment stopper l'entretien si vous le souhaitez.

Cet entretien sera par la suite anonymisé.

Etes vous d'accord pour que j'enregistre l'échange ?

Questions de situation :

Vous êtes Sage femme / Médecin généraliste / Gynécologue, depuis combien d'années exercez vous ici ?

La pratique de frottis a t'elle toujours fait partie de votre exercice ou est-elle une pratique récente dans votre quotidien ?

Questions d'introduction :

De manière générale, que pouvez vous nous dire de votre pratique concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus ?

- Quelle est la place de la réalisation des FCU dans votre pratique professionnelle ?

Questions pour répondre à la question de recherche + Questions de relance :

○ Face à une patiente jeune... (quelle attitude adoptez-vous) ?

Et si la patiente est ménopausée... (quelle attitude adoptez-vous) ?

- Pour vous chez les jeunes de moins de 25 ans... quelle est votre expérience personnelle ?

Et chez les patientes de plus de 65 ans ?

- Quelle est votre pratique chez les patientes qui ont moins de 25 ans ?

Et celles qui ont plus de 65 ans ?

○ Lorsque vous réalisez un FCU chez les patientes de moins de 25 ans, quels sont les éléments qui vous confortent dans ce choix ?

Et chez les patientes de plus de 65 ans ?

- Quelles sont les motivations pour lesquelles vous réalisez des FCU chez les patientes de moins de 25 ans ?
- Et pour les patientes de plus de 65 ans quelles sont les motivations ?
- o Parlons des recommandations, ... qu'en pensez vous ?
 - Etes vous en accord avec celles ci ?
 - Pour vous les recommandations sont elles adaptées à votre pratique clinique et à votre expérience personnelle ?
- o Quel autre moyen de dépistage du cancer du col de l'utérus utilisez vous (test HPV) ?

Avez vous quelque chose à rajouter ?

Annexe n°4 : Exemple d'entretien

Entretien MG1

AA : *Bonjour, vous êtes médecin généraliste, pouvez-vous nous parler de votre pratique, et du dépistage du cancer du col...*

MG 1 : Je suis médecin généraliste depuis plus de 25 ans, je me suis formée dans mon internat à la gynécologie à l'époque à La Grave à Toulouse. Je faisais des consultations de gynécologie et d'obstétrique, donc je me suis formée pour faire de la gynéco. J'ai toujours fait des frottis et je suivais des grossesses. Malheureusement les grossesses sont un petit peu sorties de notre champ. Et les frottis j'en ai toujours fait et j'en fais toujours beaucoup. J'ai l'impression d'en faire un petit peu moins depuis que les sages-femmes ont investi ce champ.

AA : *De manière générale, est ce que vous pouvez nous dire comment ça se passe chez vous ?*

MG 1 : Par rapport au frottis, moi je le propose de façon systématique. J'ai un tableau de bord dans le cadre des dépistages avec mammographies, frottis, vaccin, et des différentes pathologies, des hémocults... Donc je garde et je demande aux patientes « vous n'avez pas fait votre frottis ? » « Vous l'avez fait chez le gynécologue ? » et fonction de ça je leur dis « je peux le faire si vous voulez...ou chez un gynécologue ou une sage-femme en fonction ».

Pause

Et c'est vrai que je pousse mes internes à réaliser des frottis et à leur poser la question... et à leur dire vraiment je le fais... donc je suis en réflexion pour mettre une affiche dans la salle d'attente en disant « le médecin généraliste il fait tout ça... »

AA : *Il n'y a pas des affiches qui existent déjà ?*

MG 1 : Si si MGFrance fait des affiches et je voulais mettre une affiche pour dire votre médecin généraliste fait aussi des frottis et tout ça... Et les gens souvent sont surpris, on a l'impression pour nous ça va de soit mais « ah bon vous faites des frottis ? on ne savait pas que vous faisiez des frottis » Je trouve quand même que la population la plus facile à toucher ce sont les femmes d'âge mûr, après les enfants. Bon il y a des femmes qui sont super suivies, c'est leur gynécologue mais les femmes après la ménopause vraiment c'est une cible de patientes qui viennent vraiment vers nous et puis après la quarantaine elles en ont vraiment ras le bol. On voit des petites jeunes au début... mais je dirais la population défavorisée, c'est l'accès aux soins le médecin généraliste on a vraiment, vraiment un rôle majeur, ils sont dans les facteurs de risque. Et puis l'accessibilité, le fait qu'on soit en secteur 1, on peut faire aussi le tiers payant que ne fera pas le gynécologue ce qui fait que le frottis leur coutera 7-8€. C'est quand même un accès aux soins favorisé.

AA : *Et après... dans votre pratique chez les personnes jeunes...*

MG 1 : Alors... je ne sais pas...je... si moi je pose systématiquement quand elles ont un désir d'avoir un enfant « vous êtes à jour de votre frottis ? » avec le coconing et l'acide folique et donc dans ce cadre là je leur dis « écoutez soyez à jour de votre frottis », je leur en parle. Bon les jeunes filles la réalisation du frottis, donc les recommandations ce n'est pas avant 25 ans donc...euh... souvent enfin... entre leur 1^{ère} pilule et leur 1^{er} frottis on les perd un petit peu de vue euh... voilà ce que je dirais mais bon moi c'est une question que je pose vraiment systématiquement et j'en pêche quelques unes....

Mais elles sont peut être un peu plus gênée par notre double posture de médecin généraliste et de ... ça dépend parce que parfois elles sont plus alaise en disant « ah si vous le faites oh oui » moi j'ai des jeunes filles je les ai suivies bébé, j'ai donné leur 1^{ère} contraception, j'ai fait leur 1^{er} frottis, j'ai fait le suivi leur 1^{ère} grossesse et je suis leur enfant. Et j'en ai plus

d'une ! Voilà. Donc... je pense que la médecine générale c'est une médecine d'opportunité et une médecine, je le dis sans arrêt dans toutes les formations que je fais, c'est une médecine de quelque soit le motif donc tout est bon pour le dépistage... jeunes, moins jeunes... voilà ce que je dirais. Mais c'est vrai que les jeunes : 25, 25-65 pour les recommandations...

AA : *Et vous avant 25 ans, vous ne réalisez jamais de frottis...*

MG 1 : Oh si si si j'en fais, j'en fais j'en fais... oui j'en fais. Et souvent elles sont allées voir le gynécologue, il y a aussi les mamans, elles veulent que leur fille aille voir le gynécologue quoi c'est ... il faut sacrifier ce moment d'aller voir le gynéco ! « elle n'a pas encore vu de gynécologue docteur qu'en pensez vous ? » qu'est ce que vous voulez répondre à ça ! (*rires*)

AA : *Et souvent le gynécologue ne l'examine pas forcément la 1^{ère} fois...*

MG 1 : Non ! Et le dernier frottis que j'ai fait c'était trop drôle ! Elle me dit « c'est la 1^{ère} fois qu'on m'examine comme ça. Moi je vais voir ma gynécologue, elle me fait le frottis, c'est tout » Parce que je lui ai fait le frottis bien sur, le TV, je lui ai examiné les seins et la thyroïde en même temps et tutti quanti... Euh bien elle me dit c'est la 1^{ère} fois qu'on m'examine comme ça. Et j'ai parfois aussi des patientes, parce que je suis entourée de médecins, dans les autres cabinets se sont des hommes, donc des patientes qui viennent spécifiquement pour l'examen gynécologique.

AA : *Et après qu'est ce qui fait que vous réalisez des frottis chez les jeunes de moins de 25 ans ?*

MG 1 : Alors, est ce que ça m'arrive des frottis avant 25 ans ? Première question... euh... c'est plutôt rare, quelques fois à leur demande expresse et euh... je leur dis que les recommandations c'est à partir de 25 ans... ceci dit quand je suis avec une jeune fille qui me dit qu'elle a commencé à avoir des rapports relativement tôt vers 15-16 ans je dirais 25 ans ça laisse une dizaine d'années... ça laisse le temps pour un cancer de se développer donc... euh... j'avoue que là... une vingtaine d'année, 21 ans j'hésiterai pas à faire un frottis. C'est l'âge de début des rapports qui est un élément qui va me motiver... surtout si ... à 15 ans elles ont rarement le même partenaire, c'est quelque chose qui va me pousser à le faire... à dépasser un peu les recommandations... voilà

AA : *Ensuite chez les personnes plus âgées, après la ménopause, de plus de 65 ans...*

MG 1 : Je fais très peu de frottis après 65 ans, je n'en fais pas... normalement je me tiens aux recommandations. Je m'assure qu'il y a eu un dernier frottis dans ces eaux-là qui est normal ... bon... après il est certain que si les personnes n'ont plus d'activité sexuelle je leur dis que ce n'est pas la peine de faire le frottis et euh... bon en général je fais un examen clinique... c'est rare quand même. Si j'ai pas de frottis récent je vais peut être en faire à 66-67 ans mais...

AA : *Oui pour être sûr que ça ait été fait...*

MG 1 : Voilà voilà... mais sinon après je n'en fais pas. Mais je fais un examen, j'examine le col macroscopiquement, un TV mais je ne ferais pas de prélèvement de frottis.

AA : *Après ça vous arrive aussi d'utiliser d'autres tests de dépistage du cancer du col ?*

MG 1 : (*Hésitation*) Que le frottis ? Euh... pas vraiment ... parce que je ne vois pas... je ne connais pas d'autres ... euh

AA : *On voulait parler du test HPV... puisque certains utilisent le test HPV comme moyen de dépistage.*

MG 1 : Non non pour moi le dépistage du cancer du col c'est le frottis... je reste là dessus peut être que j'ai raté quelque chose.

AA : *C'est hors recommandations...*

MG 1 : Pour moi c'est le frottis...

AA : *Ok, c'est parce que certains en font. Ensuite qu'est ce que vous pensez des recommandations actuelles sur le frottis ?*

MG 1 : Alors je pense qu'elles sont un peu... je pense qu'on va y revenir. Déjà, ce que je vous disais, 25 ans des fois ça me paraît un peu limite. Il y en a quand même qui commencent à avoir des rapports à 13 ans, des jeunes filles violées à 12 ans...c'est autre chose mais... (*hum hum*) je pense qu'on y reviendra. La 2^{ème} chose, tous les 3 ans on se posait la question avec mes associés. On a eu récemment une patiente dont je vous parlais, qui a une néoplasie inter cervicale. Cette patiente est venue me voir. Elle me dit « j'ai eu un frottis avant la naissance de mon fils... il y a 3 ans j'ai fait mon frottis », j'ai pas eu le papier des résultats mais elle a téléphoné à son gynécologue et son gynécologue lui a dit que son frottis était strictement normal... voilà... 3 ans auparavant... J'ai des doutes et la gynécologue qui la prend en charge maintenant, on a quelques doutes... Mais je pense quand même, la médecine n'est pas une science exacte et il y a quand même des pathologies d'évolution rapide. Je me dis normalement 3 ans, on a quand même des lésions qui évoluent progressivement et on a le temps d'intervenir. Je pense peut être qu'on en viendra à 2 ans...

AA : *Il y a pas mal de gynécologue qui font tous les 2 ans...*

MG 1 : Oui je pense... que recommander tous les 2 ans c'est être sûr qu'il soit fait tous les 3 ans. Et je pense que recommander tous les 3 ans c'est être sûr que...pf pf 3 ans et demi...4 ans donc je pense ...

AA : *Et à partir de 50 ans ça permet de le caller avec la mammographie aussi ensemble et de ne pas oublier*

MG 1 : Oui. Pour moi après le frottis tous les 2 ans se justifie surtout chez les jeunes... après 50 ans, des cancers du col il n'y en a pas tant que ça... donc avec la mammographie c'est un argument qui ne tient pas tout à fait la route chez moi

AA : *Oui c'est plus un aspect pratique*

MG 1 : Pour moi c'est plus avant 40 ans...voilà

AA : *D'accord. Vous avez d'autres choses à rajouter ?*

MG 1 : Non c'est bon.

AA : *Merci*

Fin de l'enregistrement

Annexe n°5 : Formulaire de consentement

A ...
Le ...

ARMAND Audrey, interne en médecine générale
CARRADE Amélie, étudiante sage-femme

Je soussigné(e)

- ◇ Docteur
- ◇ Sage Femme

Accepte de participer à un entretien concernant les pratiques des médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues sur les frottis cervico utérins.

L'objectif de notre recherche est de recueillir les motivations des médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues à réaliser des frottis cervico utérins chez les femmes de moins de 25 ans et de plus de 65 ans.

La conversation sera enregistrée, dans un but de transcription fidèle des données de l'entretien. Celles-ci seront analysées de manière totalement anonymes, et exploitées dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale et de mémoire de sage femme.

Les entretiens seront détruits à l'issue du travail de recherche, c'est à dire au 31 décembre 2016.

Signature

Annexe n°6 : Note d'information aux participants

Madame, Monsieur,

Vous avez accepté de participer à un entretien individuel rentrant dans le cadre d'un travail de thèse de Médecine Générale et de mémoire de Sage-Femme, portant sur les pratiques des professionnels de santé sur le dépistage du cancer du col de l'utérus.

L'objectif de notre recherche est de recueillir les motivations des médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues à réaliser des frottis cervico utérins chez les femmes de moins de 25 ans et de plus de 65 ans.

L'entretien est enregistré dans un but de transmission fidèle des données. Le but est de recueillir le maximum d'informations concernant votre expérience sur la pratique des frottis cervico-utérins.

Toutes les données de cette étude sont anonymes. Les entretiens seront détruits à l'issue du travail de recherche, c'est à dire au 31 décembre 2016.

En vous remerciant.

ARMAND Audrey

Interne Médecine Générale

CARRADE Amélie

Etudiante Sage Femme

Annexe n°7 : Exemple de contexte d'énonciation

Date : 9 décembre 2015

Durée : 13'18''

Lieu : Domicile

Contact par mail pour réaliser le premier entretien avec elle et puis avec sa consœur. Je la rappelle, entretien prévu le lendemain soir.

Je me rends à son cabinet à l'heure prévue, la secrétaire n'était pas au courant, je finis par l'appeler quelques minutes plus tard. Elle pensait que l'entretien se ferait par téléphone, elle me dit donc de la rejoindre chez elle, sera là dans quelques minutes.

Nous réalisons donc l'entretien à son domicile, face à face. A l'aise pour répondre, mais a tendance à éviter mes questions et à parler de l'exercice de la médecine générale dans sa globalité. Je suis obligée de la « recadrer » plusieurs fois pour rester sur le sujet.

L'entretien est interrompu plusieurs fois par l'arrivée de son mari puis par un coup de téléphone.

C'est mon premier entretien, j'ai donc besoin de lire plus ou moins le guide pour ne rien oublier.

A la fin de l'entretien, j'ai l'impression d'avoir eu des informations principalement sur la pratique avant 25 ans :

- Informe les patientes de 25 ans
- Rapports sexuels précoces
- Demande de la patiente
- FCU souvent réalisé avant par le gynéco, prend la suite
- Partenaires multiples

Après 65 ans :

- FCU de rattrapage

Remarques :

- Prévenir que l'entretien se fait « en direct », pas par téléphone
- Eviter de lire le guide d'entretien pour éviter des « microcoupures »

Annexe n°8 : Extrait du tableau d'analyse

Thèmes	Catégories	Sous-catégories	Codes	MG 1	MG 2	MG 3
FCU avant 25 ans	Fait des FCU avant 25 ans		peu de patientes de moins de 25 ans Fait des frotis avant 25 ans Fait rarement des FCU avant 25 ans Avoine dépasser les recommandations se demande pourquoi attendre 25 ans pour feu FCU avt 25 ans selon activité sexuelle	Oh si si si j'en fais, j'en fais j'en fais...oui j'en fais P2 euh... c'est plutôt rare P3 j'avoue que là... une vingtaine d'années, 21 ans j'hésiterai pas à faire un frotis (...) à dépasser un peu les recommandations P3	des fois ça m'est arrivé de faire des frotis chez des jeunes filles P1 (...) j'en ai fait à 22 - 23 ans mais c'est rare des fois ça m'est arrivé de faire des frotis chez des jeunes filles qui ont eu des activités sexuelles très tôt en fait et du coup des fois j'en ai fait à 22-23 ans mais c'est rare P1	je commence vers 22-23 ans à peu près, ouais... P1 Pourquoi 25 ? Ben... ouais je le fais P2 Après en plus fait voir à 25 ans, il y en a quand même des femmes qui ont 10 ans d'activité sexuelle derrière elle hein ! Donc il est temps à mon avis ! P2 // Il y a des patientes très jeunes, qui ont commencé à avoir des rapports vers 12-13 ans... donc ça veut dire qu'elles ont déjà P2 Et puis c'est comme les rapports humains... On choppe des rhumes, là on choppe des HPV et tout un tas de trucs P2 Il y a des patientes très jeunes, qui ont commencé à avoir des rapports vers 12-13 ans... Au bout d'un moment je craque, je le fais P2 quelqu'un qui a commencé les rapports sexuels à 20... 25 ans, bon voilà, faut s'adapter aussi. P2
			FCU avant 25 ans si début des RS précoce FCU avant 25 ans si grossesse précoce FCU avt 25 ans si RS non protégés FCU avant 25 ans si RS à risque av 25A Ne peut plus résister à faire un FCU av 25 ans si RS tôt S'adapte à l'âge des 1er RS	C'est l'âge de début des rapports qui est un élément qui va me motiver P3		

Title:

How do healthcare professionals justify performing cervical cancer screening test (pap smears) for women aged under 25 or over 65 years old? A qualitative study conducted in Midi-Pyrénées region from November 2015 to January 2016.

Abstract:

Background: Many pap smears are performed outside of the screening guidelines.

Objective: To determine the justification of general practitioners, midwives and gynaecologist to perform pap smears, before 25 and after 65 years old.

Methods: Qualitative study with semi-structured interviews, and thematic analysis conducted with twenty players in the screening campaign from November 2015 to January 2016, in Midi-Pyrénées region.

Results and Discussion: Four topics arised: the place of healthcare professionals in the screening program, the practice of pap smears before 25 or after 65 years old, and the perception of guidelines. Most professionals identify HPV infection risk factors before the age of 25. Society and sexual habits are changing, and therefore expose women over 65 to a higher/greater risk. Life expectancy is increasing. Professionals differentiate between individual and collective benefit.

Conclusion: This work could bring actionable insights to improve cervical cancer screening.

Keywords: pap smears, practice guidelines, cancer screening, uterine cervical neoplasms

Toulouse, le 14 octobre 2016

Titre : Quelles sont les motivations des professionnels de santé à réaliser des frottis cervico-utérins, avant 25 ans et après 65 ans, dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus ? Étude qualitative menée du mois de novembre 2015 à janvier 2016, en région Midi-Pyrénées.

Résumé :

De nombreux frottis cervico-utérins sont réalisés en dehors des recommandations. Objectif : Déterminer les motivations des médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues à réaliser des FCU avant 25 ans et après 65 ans. Matériel et méthode : Recherche qualitative avec réalisation d'entretiens semi-dirigés, analyse thématique réalisée auprès de vingt acteurs du dépistage, du mois de novembre 2015 à janvier 2016, en région Midi-Pyrénées. Résultats et discussion : Quatre thèmes ont émergé : la place du professionnel dans le dépistage, la réalisation des FCU avant 25 ans et après 65 ans, et les perceptions des recommandations. Les professionnels identifient les facteurs de risque d'infection au virus HPV avant 25 ans. La société actuelle et la sexualité évoluent, et exposent les femmes de plus de 65 ans à un risque accru. L'espérance de vie augmente. Les professionnels différencient bénéfice individuel et collectif. Conclusion : Ce travail permettra d'apporter des pistes de réflexion afin d'améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Mots clés : frottis cervico-utérin, dépistage, cancer col utérin, recommandations, pratiques cliniques

Directeurs de thèse : BRILLAC Thierry, ESCOURROU Brigitte

Discipline administrative : Médecine générale

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 Toulouse Cedex 04 – France