

# THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement par

**Alison ROUZIERES**

**Bénédicte MARILL**

Le 11 septembre 2018

### **Comment améliorer l'adhésion des patientes échappant au dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico utérin : propositions des médecins généralistes**

Thèse qualitative par focus groupes semi-dirigés

Directeur de thèse : Dr Isabelle FRAY  
Co-directeur de thèse : Dr Anne FREYENS

#### **JURY :**

**Monsieur le Professeur Pierre MESTHE**

**Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU**

**Madame le Docteur Anne FREYENS**

**Madame le Docteur Isabelle FRAY**

**Monsieur le Docteur Richard Michel LEPEC**

**Président**

**Assesseur**

**Assesseur**

**Assesseur**

**Assesseur**

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2015**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES 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. LAZORTHES 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-SCHVEITZER
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. LAZORTHES
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

<b>P.U. - P.H.</b> Classe Exceptionnelle et 1ère classe		<b>P.U. - P.H.</b> 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	Hépatogastro-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. BONNEVIALLE 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	Hépatogastro-entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAVAUD 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	<b>P.U.</b>	
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)	Hépatogastro-entérologie		

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

**P.U. - P.H.**  
 2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis	Urologie-Andrologie
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN Bernard (C.E)	Thérapeutique
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
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. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Toxicologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

<b>M.C.U. - P.H.</b>		<b>M.C.U. - P.H.</b>	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	M. BES Jean-Claude	Histologie - Embryologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	Mme CAUSSE Elisabeth	Biochimie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
Mme DUGUET Anne-Marie	Médecine Légale	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	M. GASQ David	Physiologie
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. JALBERT Florian	Stomatologie et Maxillo-Faciale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	M. LAHARRAGUE Patrick	Hématologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
Mme LE TINNIER Anne	Médecine du Travail	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	Mme LEOBON Céline	Cytologie et histologie
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 TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement		
M. TRICOIRE Jean-Louis	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT Christian	Biologie Cellulaire		

**M.C.U.**

M. BISMUTH Serge Médecine Générale  
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve Médecine Générale  
Mme ESCOURROU Brigitte Médecine Générale

Maîtres 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 Mesthé, Président du Jury**

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de notre thèse. Nous vous sommes reconnaissantes de l'intérêt que vous portez à notre travail. Soyez assuré de notre profonde reconnaissance.

### **A Madame le Docteur Isabelle Fray, Directrice de thèse**

Nous vous remercions pour votre grande implication tout au long de notre travail de thèse. Votre aide nous aura été extrêmement précieuse. Merci pour votre gentillesse et votre patience. Nous espérons que cette première expérience en tant que directrice de thèse vous aura donné le goût de poursuivre cette nouvelle aventure pour vous.

### **A Madame le Docteur Anne Freyens, Directrice de thèse**

Nous vous remercions d'avoir accepté de codiriger cette thèse. Vous nous avez guidées dans le domaine de la recherche qualitative qui nous était inconnu auparavant. Merci pour vos conseils avisés et votre rigueur qui nous aura permis d'avancer dans notre travail.

### **A Madame le Docteur Brigitte Escourrou,**

Nous sommes honorées que vous ayez accepté de juger notre travail de thèse. Nous vous remercions pour votre implication dans la formation des internes et nous vous sommes reconnaissantes des précieux conseils que vous nous avez donnés au cours des ateliers sur la recherche qualitative. Nous espérons que notre travail sera à la hauteur de vos attentes.

### **A Monsieur le Docteur Richard Michel Lepec,**

Nous vous sommes reconnaissantes d'avoir accepté de participer à ce jury. Nous sommes honorées qu'un médecin autant impliqué dans le dépistage puisse juger de notre travail. Veuillez recevoir tous nos remerciements et l'expression de notre plus grand respect.

## **REMERCIEMENTS PERSONNELS DE BENEDICTE**

**A ma Maman**, qui a toujours cru en moi et qui m'a toujours poussé et soutenu pour que je réalise mes rêves. Sans toi, je n'en serai pas là. Je te dois tout.

Je sais que parfois je t'en ai fait voir des vertes et des pas mûres mais on va dire que c'était pour la bonne cause ! ;- ) Merci pour tout Mam's.

**A mon Papa**, qui m'a transmis sa rigueur de travail et sa persévérance. Tu m'as appris que dans la vie il ne fallait rien lâcher et qu'il fallait se donner les moyens de ses ambitions. Je retiens les conseils que tu me donnais avant les matchs de basket et avant mes examens. Merci pour tout ça et merci de m'avoir toujours épaulé.

**A mon Nuttea**, pour toutes ces heures passées à me soutenir, allongé sur une couverture sur mon bureau. Tu m'as toujours été fidèle, pendant toutes ces années de concours et d'examens. Ton calme olympien m'apaisait et ta présence me reconfortait durant ces longues soirées à travailler jusqu'à pas d'heure. Ensemble on a réussi mon Nut'. Je ne t'oublierai jamais.

**A ma Thomate d'amour**, qui me soutient (et me supporte) depuis maintenant quelques années. Tu as toujours été là pour moi, dans les bons comme dans les moments un peu plus difficiles. Merci pour ton implication dans mon quotidien lorsque je passais mes journées et mes week-ends à travailler et merci pour ta patience, parce qu'il faut l'avouer t'en as eu quand même pas mal ^^ ! Merci de ce que tu fais pour moi, pour nous et merci d'être toi.

**A mon Moka**, mon petit chat qui n'est certes pas très assidu au travail mais qui est là lorsque j'ai besoin de penser à autre chose et qui est là pour m'accueillir tous les soirs quand je rentre avec des ronrons et des caresses.

**A mon Papy**, c'est toujours émouvant pour moi de voir dans tes yeux ta fierté quand tu me regardes. Je te remercie pour ton soutien. Je me rappelle tous ces moments passés en famille avec Mamie, au Cap-Ferret, à Moliets, à Moularès et partout ailleurs. J'ai plein de souvenirs d'enfance grâce à Mamie et toi.

**A ma Mamie**, j'espère que de là où tu es, tu es fière de moi. Je pense souvent à toi et j'aime à me rappeler les bons petits plats que tu aimais nous préparer.

**A mes grands-parents maternels, Denise et Léonce**, souvent je pense à vous et me demande comment aurait été ma vie avec vous. J'espère que, de là haut, vous avez parfois pu être fiers de moi. Vous vivez à travers Maman et les anecdotes qu'elle nous raconte.

**A Tantine**, pour toutes les fois où tu venais nous voir sur Toulouse, et c'est toi qui m'a appris à faire mes lacets !

**A toute ma famille**, merci pour votre soutien et pour les moments que l'on peut passer ensemble, même s'ils sont trop rares.

**A Tiffany**, alias Touf, que je connais depuis toujours. Toi et moi c'est indescriptible. On ne peut pas se passer l'une de l'autre, on se connaît par cœur. Merci d'avoir toujours été là.

**A Vincent**, mon pote depuis le lycée. Ensemble on a fait les 400 coups, et on se marre bien quand même. Merci pour tes petits messages et pour tes encouragements.

**A Laurent**, même si aujourd'hui nos chemins se sont séparés, je n'oublie pas que pendant plus de 20 ans tu as été comme mon frère.

**A Guillaume**, fraîchement Docteur en mathématiques, toujours présent depuis les années Moliets et les spectacles de fin de vacances qui resteront dans les annales...

**A Déborah**, ma pote depuis le collège. Depuis toutes ces années on ne s'est jamais perdu de vue malgré qu'on ait pris des chemins différents. Une belle amitié !

**A Rancho**, ma blonde extérieure, pour toutes les bêtises qu'on a pu dire et faire !

**A mes potes de fac, Marine, Louis, Maud, Cindy...**, on en a bavé ensemble mais on s'est toujours soutenu. Nos galères ont créé une amitié forte qui, je le pense, durera encore de longues années. On a des souvenirs de fous en commun avec notamment les soirées d'inté, de contre-inté, les WEI et les réconcil'. Mémorable !

**A Alison**, ma co-thésarde, faire cette thèse ensemble n'a pas toujours été facile, mais ça restera un bon souvenir dans nos têtes.

**A Marc et Myriam**, mes maitres de stage praticien niveau 1, merci pour tout ce que vous m'avez appris. Merci pour les bons moments partagés au niveau professionnel mais en dehors du cabinet également.

**A mes autres maitres de stages, Sylvie, Robin, Jordan, Jean-Pierre, Alain...**, merci pour tout. Grâce à vous, j'ai passé un super internat et mes stages auront été un régal.

**A l'équipe des urgences du CHIVA**, mon premier stage d'internat. Je n'oublierai pas l'ambiance génialissime qui régnait dans ce service, nos parties de foot en salle le lundi soir et surtout... le bizutage de fin de stage que vous m'avez réservé.

**A tous les autres**, que je n'oublie pas mais citer tout le monde aurait été trop compliqué. Merci de faire partie de ma vie. Merci pour toutes les soirées, les apéros, et les fous-rires passés ensemble.



## Remerciements personnels d'Alison

**A ma Maman**, qui m'a transmis le goût du travail et de la persévérance et qui a toujours cru en moi. Merci de m'avoir inondée de cet amour inconditionnel et « bruyant », c'est plus facile d'avoir confiance en la vie quand on sait qu'il y aura toujours quelqu'un pour vous rattraper, et plus facile d'aimer quand on vous a montré comment faire. Tu me l'as tellement bien montré, maman, que je me sens assez forte pour aimer tous ceux qui croisent ma route, sans filtre ni retenue, avec toute l'expressivité et le naturel qui me caractérisent ;-)

**A mon Papa**, mon drôle de papa, que je n'échangerais pourtant pour rien au monde. Merci de m'avoir évité de devenir une princesse au petit pois, grâce à toi mon cœur se gonfle à la vue d'un champ de tournesols, et je me lève aux aurores avec le sourire pour une virée dans les bois. Je me rappelle quand tu me soulevais d'un seul bras, menaçant de faire exploser tes muscles. Je me rappelle des jonquilles, des cerises que tu me ramassais, de la pêche aux écrevisses... Mon papa, merci pour ces souvenirs que je garde jalousement ; merci pour nos journées de petits vieux, entre scrabble, siestes et disputes pour le programme télé ; et merci d'être ce rebelle au cœur sensible, si drôle et attachant.

**A Vincent**, qui supporte mon trop plein d'émotions, ma sensibilité exacerbée, qui ne comprend pas mais reste là. Toi qui es si gentil, curieux, qui me fais me sentir belle. J'aime penser à ce qui nous attend, tout ce temps qu'on va pouvoir passer ensemble sans surtout rien faire de constructif, juste profiter, voyager, assouvir notre curiosité... Nous formons une équipe et il me tarde de découvrir à tes côtés ce que la vie nous réserve.

**A ma Mamie**, qui a illuminé mon enfance. Je me souviens de ta patience pour jouer à la marchande, de mes soirées blottie entre Papi et toi pour regarder Interville, de nos virées pour manger une glace et faire les magasins. Je me souviens comme j'étais heureuse, avec toi ma mamie fière, dynamique et indépendante.

**A mon Papi**, toi qui m'as transmis ta malice et ton amour de la taquinerie, tu es l'exemple parfait qu'on n'a pas besoin d'avoir le même sang pour former une famille.

**A ma Tata, mon Tonton, à Marine et Thomas**, merci de votre soutien et de votre bonne humeur. Ma famille, ma si petite famille, qu'on est bien tous ensemble.

**A ma Laurynette**, je n'ai pas les mots pour décrire comme je t'aime. Toi qui me comprends sans un mot, toi qui m'as si souvent consolée, toi avec qui je peux être tellement

moi-même, toi qui ne te soucies pas du regard des autres. Tu es unique et irremplaçable, ne change rien.

**A Thibaud**, notre amitié était si improbable, et pourtant nous en sommes là 17 ans plus tard, à se dire tout, tout, tout, à se coacher, à s'épancher...Merci de ta présence.

**A Florence, Geoffrey, Morgan et Nicolas**, merci pour votre enthousiasme dès qu'on envisage de se retrouver, merci pour votre amitié, nos soirées, nos brunchs...J'adore ces moments passés avec vous.

**A Camille, Béatrice et Claire**, merci pour votre entrain, votre naturel, votre gaieté si communicative.

**A Cécile, Claudine et Morgane**, c'est fou comme une amitié d'enfance vous lie à tout jamais. Chaque fois qu'on se retrouve, c'est comme si le temps ne s'était pas écoulé, comme si on s'était quittées la veille. Vous êtes drôles, joyeuses, solaires, restez comme vous êtes

**A ma belle-famille**, merci pour votre accueil si chaleureux, pour votre naturel. Je me suis de suite sentie adoptée, et je suis ravie d'avoir une deuxième famille à aimer.

Au **Dr Girbet** pour sa gentillesse, au **Dr Saint-Pastou** pour sa spontanéité, au **Dr Du-chalet** pour son humanité, au **Dr Pariente** pour sa rigueur, au **Dr Sapaly** pour son humour, au **Dr Cambril** pour son naturel. Vous avez tous été d'excellents maîtres de stage, je vous remercie pour tout ce que j'ai appris à vos côtés.

Aux concours de nourriture de l'UCC, à **Christine**, la plus belle des sorcières.

**A Bénédicte**, parce que je suis fière de notre travail.

**A mamie Paule, papi Jean, à mamie Geneviève...** Vous qui n'êtes plus là pour voir ça, j'espère que vous auriez été fiers de moi.

Aux patients, aux amis d'amis, à Pierre, à Marius (dédicace à Laury et Thibaud !)...à tous ceux qui croisent ma route et me transforment, merci aussi.

# TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations .....	5
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>6</b>
<b>METHODE</b> .....	<b>8</b>
I. Choix de la méthode qualitative .....	8
II. Phase exploratoire .....	8
A) Recherche bibliographique .....	8
1) Sur le thème .....	8
2) Sur la méthode qualitative .....	9
B) Détermination de la question de recherche .....	9
III. Elaboration du guide d'entretien .....	9
IV. Consentement et confidentialité .....	10
V. Echantillonnage et mode de recrutement .....	10
VI. Réalisation des focus groupes et de l'entretien individuel .....	11
A) Les focus groupes .....	11
B) L'entretien individuel .....	11
VII. Contexte d'énonciation et retranscription .....	12
VIII. Analyse des données .....	12
<b>RESULTATS</b> .....	<b>13</b>
I. La population étudiée .....	13
A) Caractéristiques de l'échantillonnage.....	13
B) Déroulement des focus groupes et de l'entretien individuel .....	13
II. Etat des lieux sur le dépistage du cancer du col de l'utérus.....	13
A) Le cancer du col de l'utérus, un danger méconnu .....	13
B) Le FCU, un outil efficace et facile à utiliser .....	14
C) Un vécu différent selon le sexe, la génération et le lieu d'exercice .....	14
III. Les populations à risque d'échapper au dépistage .....	15
A) Les femmes à partir de la quarantaine.....	15

1) Les femmes ménopausées .....	15
2) Les patientes sans contraception .....	16
3) Les patientes à qui on ne propose pas le dépistage .....	16
B) Les jeunes femmes .....	17
C) Autres populations réfractaires.....	18
1) Les patientes lesbiennes .....	18
2) Les patientes victimes de violences .....	18
3) Les populations défavorisées .....	18
4) Les autres populations évoquées .....	18
IV. Les obstacles .....	19
A) Freins des médecins généralistes .....	19
1) Des contraintes d'exercice.....	19
2) Difficultés avec l'examen gynécologique.....	20
3) Des discordances entre les MG et les gynécologues.....	20
4) Des patientes difficiles à motiver.....	21
B) Freins des patientes .....	21
1) Le manque de connaissances .....	21
2) Appréhensions et réticences .....	22
V. Les pistes d'amélioration .....	23
A) Concernant les médecins généralistes .....	23
1) Informer et sensibiliser les médecins .....	23
2) Contourner les obstacles.....	23
a) Dans la pratique quotidienne .....	23
b) Dans l'organisation du cabinet .....	24
c) Au niveau du suivi gynécologique .....	25
d) Communication des pouvoirs publics .....	25
e) Au niveau du système de santé .....	25
3) S'impliquer dans le dépistage .....	26
B) Concernant les patientes.....	28
1) Informer et éduquer .....	28

a) Sur l'intérêt du dépistage .....	28
b) Sur le cancer du col de l'utérus .....	29
c) Sur la réalisation du frottis cervico-utérin .....	29
2) Les convaincre .....	29
3) Contourner les freins .....	30
a) Améliorer le vécu de l'examen gynécologique .....	30
b) S'adapter aux patientes .....	31
c) Contourner la peur du résultat .....	31
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>32</b>
I. A propos de l'étude .....	<b>32</b>
Les forces et les limites de l'étude .....	<b>32</b>
1) Les forces .....	<b>32</b>
a) Liées au sujet, à la méthode .....	<b>32</b>
b) Liées aux résultats .....	<b>33</b>
2) Les limites .....	<b>33</b>
a) Liées aux chercheurs .....	<b>33</b>
b) Liées au recrutement des médecins .....	<b>34</b>
c) Liées aux conditions de réalisation des focus groupes et de l'entretien individuel .....	<b>34</b>
II. A propos des résultats .....	<b>34</b>
A) L'enquête préliminaire .....	<b>34</b>
1) Le cancer du col de l'utérus, ce coupable méconnu .....	<b>34</b>
2) Le dépistage par frottis cervico-utérin, un bouclier efficace.....	<b>35</b>
a) Un bon rapport coût-efficacité, mais des recommandations peu suivies.....	<b>35</b>
b) Un dépistage qui pourrait être amélioré .....	<b>37</b>
B) Repérage des victimes potentielles .....	<b>38</b>
1) Les patientes à partir de la quarantaine, les principales victimes .....	<b>38</b>
2) Les jeunes femmes .....	<b>39</b>
3) Les patientes ne prenant pas de contraception .....	<b>39</b>

4) Les autres victimes .....	41
a) Les patientes homosexuelles .....	41
b) Les patientes ayant un faible niveau socio-économique .....	41
c) Les patientes ayant une maladie chronique .....	41
C) Les obstacles à une meilleure adhésion au dépistage du cancer du col de l'utérus .....	42
1) Freins venant des médecins généralistes .....	42
a) Le manque de temps .....	42
b) Le manque de connaissances .....	42
c) Le manque de cohésion médecins généralistes- gynécologues .....	43
d) Autres obstacles retrouvés.....	43
2) Freins des victimes potentielles .....	43
a) Le manque de connaissances .....	43
b) Appréhensions et réticences .....	44
D) Les moyens proposés par les médecins généralistes pour tenter d'améliorer le taux de couverture .....	45
1) Moyens pour aider les témoins .....	45
a) Informer et sensibiliser les médecins.....	45
b) Mieux repérer les patientes réfractaires.....	45
c) S'impliquer dans le dépistage .....	46
d) Renforcer le rôle du système de santé publique.....	47
d1) Un dépistage pour l'instant en désaccord avec les recommandations européennes.....	47
d2) Vers une généralisation du dépistage organisé.....	48
2) Au niveau des patientes .....	49
a) Informer et éduquer les patientes .....	49
b) Contourner leurs réticences .....	49
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>51</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>53</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>58</b>

## LISTE DES ABREVIATIONS

**ALD** : affection longue durée

**BEH** : bulletin épidémiologique hebdomadaire

**CCU** : cancer du col de l'utérus

**CEE** : communauté économique européenne

**CIN** : néoplasie intra-épithéliale = lésion précancéreuse

**CNGOF** : collège national des gynécologues et des obstétriciens français

**CO** : contraception orale

**CPAM** : caisse primaire d'assurance maladie

**DI** : dépistage individuel

**DMP** : dossier médical partagé

**DO** : dépistage organisé

**DUMG** : département universitaire de médecine générale

**EGB** : échantillon généraliste des bénéficiaires

**FCU** : frottis cervico-utérin

**GREDD** : groupe de réflexion éthique et déontologique

**HAS** : haute autorité de santé

**HPV** : papillomavirus humain

**IARC** : agence internationale pour la recherche sur le cancer

**INCa** : institut national du cancer

**INPES** : institut national de prévention et d'éducation pour la santé

**MG** : médecins généralistes

**OMS** : organisation mondiale de la santé

**ROSP** : rémunération sur objectifs de santé publique

## **INTRODUCTION**

Le cancer du col de l'utérus (CCU) est dû à une infection persistante causée par un ou plusieurs HPV oncogènes, transmissibles par contact sexuel. Le pic d'incidence du CCU se situe vers 40 ans et l'âge médian au diagnostic est de 51 ans. Il est rare chez les femmes âgées de moins de 30 ans et celles de plus de 65 ans. (1)

Chaque année en France, près de 3000 cas de cancers invasifs sont diagnostiqués (1,6% des cancers chez la femme) (2) et 1100 patientes en meurent (3) (4). Cela place le cancer du col de l'utérus au 11<sup>e</sup> rang des cancers en termes d'incidence et à la 11<sup>e</sup> cause de mortalité par cancer chez les femmes en France. (4) (5)

Le délai avec lequel une dysplasie légère évolue jusqu'au stade de carcinome – une quinzaine d'années en moyenne (3) – en fait un candidat idéal au dépistage, d'autant plus qu'il existe des tests de dépistage fiables et acceptables par la population. (1)

Une stratégie de dépistage ciblant les femmes de 25 à 65 ans est considérée comme la plus efficace pour réduire le taux d'incidence et la mortalité de ce cancer. La HAS recommande donc de le réaliser dans cette tranche d'âge, tous les trois ans, après deux frottis cervico utérins (FCU) consécutifs sans anomalie réalisés à un an d'intervalle. (3)

On estime que 90 % des CCU pourraient être évités grâce au dépistage par FCU. Cependant, sur une période de 6 ans, à partir des données de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB), seuls 7,9% de la population concernée bénéficiait d'un dépistage au rythme recommandé. 51,6% des femmes réalisaient un FCU à un rythme sous-optimal (absence de FCU en 6 ans ou rythme entre 2 FCU supérieur à 3 ans et demi), tandis que 40,6% des femmes étaient en situation de sur-dépistage (rythme entre 2 FCU inférieur à 2 ans et demi). (1)

Le taux de couverture par frottis actuel est estimé à 61,2%, et chez les plus de 55 ans, il serait même inférieur à 50% (6). On remarque d'importantes inégalités de recours, par tranches d'âge, situations géographiques, économiques, ou culturelles.

Ce cancer constitue aussi l'un des seuls pour lequel le pronostic se dégrade, avec un taux de survie à 5 ans après le diagnostic en diminution (de 68 % en 1989/1993 à 62 % en 2005/2010) (7).

Les objectifs du plan cancer 2014-2019 sont de réduire l'incidence et le nombre de décès par CCU de 30 % à 10 ans, et d'obtenir un taux de couverture de dépistage dans la population cible de 80 % (8). Il est également fait mention de la volonté de rendre le



dépistage plus facilement accessible aux populations vulnérables et/ou les plus éloignées du système de santé.

Il nous a donc semblé important de chercher comment nous pourrions améliorer l'adhésion des femmes de 25 à 65 ans au frottis, afin de détecter les lésions à un stade pré-cancéreux ou au stade de cancer débutant. Le dépistage du CCU est le seul dépistage permettant d'intervenir avant même l'apparition d'un véritable cancer. Un diagnostic précoce permet un traitement plus efficace et donc un pronostic plus favorable. Cela permet aussi de réduire la lourdeur et la durée des traitements afin de diminuer l'importance des séquelles potentielles. (8)

Il existe déjà plusieurs études s'intéressant à l'opinion des femmes sur les obstacles ou les éléments facilitateurs pour la réalisation du FCU (9) (10) (11). Nous avons donc jugé intéressant d'interroger plutôt des MG d'autant plus que leur rôle dans le dépistage du CCU est encore largement méconnu. (12) (13)

La pratique du FCU est encore aujourd'hui très largement le fait des gynécologues et seulement 10 % des prélèvements seraient réalisés par des médecins généralistes (MG) (1). Selon une étude publiée en 2013 sur les connaissances des femmes quant au dépistage du CCU, 36% des femmes seulement connaissaient la possibilité de réaliser le FCU chez un MG, et 64% déclaraient que leur MG n'avait jamais abordé le sujet du dépistage. (13) Enfin, 49% des MG considèrent leur rôle comme indispensable dans le dépistage du CCU, contre 66% pour le cancer colo rectal. (14)

C'est à partir de ces constats que nous avons voulu nous intéresser aux propositions que les MG pouvaient suggérer afin d'améliorer l'adhésion des patientes au FCU.

# METHODE

## I. Choix de la méthode qualitative

La méthode qualitative semblait être la méthode la plus adaptée pour répondre à notre question de recherche. Elle permet d'explorer les besoins, les comportements, les opinions des médecins, dans leur variété et leur subjectivité. L'objectif n'était pas d'obtenir un consensus, ni de classer les idées par le nombre de participants les défendant. Toute proposition, même soutenue par un seul médecin, était intéressante, et la méthode qualitative est particulièrement adaptée pour faire émerger des idées nouvelles et inattendues.

Les focus groupes ont été choisis plutôt que des entretiens individuels, car la dynamique du groupe permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion (15). La méthode des focus groupes est une méthode qualitative de recueil des données, qui consiste en des entretiens de groupes semi-dirigés. Ils sont modérés par un animateur neutre en présence d'un observateur, qui a pour rôle d'en comprendre plus que ce qui est dit verbalement à propos des questions posées, en se fiant à l'attitude et à l'intonation des participants. (15)

## II. Phase exploratoire

### A) Recherche bibliographique

#### 1) Sur le thème

Pour notre recherche bibliographique, les principaux mots-clés étaient (français/anglais) « frottis/cervical smear », « obstacles/barriers », « dépistage/screening », « CCU/cervical cancer », traduits en langage MeSH puis utilisés seuls ou combinés en équations de recherche dans PubMed.

Les autres banques de données exploitées étaient : Doc'CISMeF, le catalogue SUDOC, le site de la HAS, Google et Google Scholar, EM Premium.

Cette démarche a permis de constater que la question choisie avait déjà été largement explorée, et de nous réorienter vers une question de recherche moins documentée. La même recherche a été effectuée, en rajoutant le terme « médecin généraliste ».

## 2) Sur la méthode qualitative

Les mêmes moteurs de recherche ont été utilisés avec les mots clés « méthode qualitative » et « focus groupes ».

### B) Détermination de la question de recherche

L'esquisse de notre question de recherche est née lors du congrès des jeunes chercheurs en médecine générale 2016 de Toulouse. Les participants décrivaient l'apport de la méthode qualitative en recherche, en prenant comme exemple le dépistage en médecine générale. Ce sujet est apparu intéressant à développer, le médecin généraliste ayant un rôle primordial dans le dépistage.

Le CCU nous a particulièrement intéressées car son dépistage nécessitait la participation active du médecin traitant. Le médecin généraliste est amené à jouer un rôle au quotidien dans le dépistage du CCU, tant en tant qu'effecteur qu'en tant que coordinateur de soins (12) (16). Ce cancer est aussi l'un des seuls pour lequel le pronostic se dégrade. (7)

La recherche bibliographique sur le CCU a apporté la notion que les femmes de plus de 50 ans échappent au dépistage par FCU (1). Nous voulions choisir comme sujet de recherche « Quels sont les obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes âgées de 50 à 65 ans ? ».

En approfondissant la bibliographie, nous avons réalisé qu'il existait déjà plusieurs études récentes à ce sujet (12) (17). La question de recherche est donc devenue « Comment améliorer l'adhésion des patientes échappant au dépistage du CCU par FCU: propositions des MG. »

### III. Elaboration du guide d'entretien

Le premier guide d'entretien (Annexe 2) reprenait une liste de questions ouvertes définies à l'avance, abordant la question de recherche du domaine le plus général au plus spécifique.

Ces questions ont été élaborées sur la base des différents obstacles au dépistage du CCU retrouvés dans la littérature, afin d'en découvrir éventuellement de nouveaux en interrogeant les MG sur leur vécu et de recueillir leurs propositions de solutions pour améliorer l'adhésion des femmes.

Une première version a été partiellement modifiée lors de l'atelier méthodologique organisé par le Département Universitaire de Médecine Générale.

Le guide d'entretien est structuré autour de quatre grands axes que sont : la pratique du médecin généraliste, le rôle du médecin généraliste, l'expérience personnelle du dépistage et les moyens supplémentaires à mettre en œuvre (les pistes d'amélioration).

Ce guide d'entretien a été testé lors du premier focus groupe. Nous nous sommes rendu compte que certaines questions n'étaient pas bien comprises par les médecins interrogés. Avec l'aide de nos directrices de thèse, ces questions ont été précisées et des relances ont été ajoutées (Annexe 3).

A la fin du deuxième focus groupe, il nous a semblé intéressant de demander aux médecins interrogés de résumer en un mot ce qu'ils retenaient des femmes non participantes au dépistage par FCU. Cette dernière question a permis d'avoir des idées fortes pour construire les principaux résultats de notre thèse.

#### IV. Consentement et confidentialité

Le consentement (Annexe 4) signé de chaque médecin a été recueilli au début des focus groupes, après leur avoir expliqué brièvement notre travail de recherche. Ils confirmaient leur accord pour participer à une étude médicale et acceptaient l'enregistrement audio-phonique.

La confidentialité et l'anonymat des données recueillies ont été assurés oralement et par une fiche d'information (Annexe 5), dont ils ont gardé un exemplaire.

#### V. Echantillonnage et mode de recrutement

Des profils de MG les plus hétérogènes possibles ont été sélectionnés afin d'obtenir un échantillon représentatif de la réalité et la plus grande diversité de témoignages possibles (18). Nous avons essayé de panacher les MG interviewés par leur âge, leur lieu et mode d'exercice, la pratique ou non de la gynécologie...

Les MG ont d'abord été contactés par email, dans lequel nous nous présentions comme chercheuses en médecine générale faisant une étude sur de la gynécologie. Les adresses mail ont été obtenues grâce au listing fourni lors des convocations des groupes pédagogiques de proximité pendant notre internat de médecine générale.

Peu de médecins ont répondu malgré nos relances, ce qui nous a conduit à faire appel à des médecins que nous connaissions personnellement ou à travers les stages effectués pendant notre internat. Les caractéristiques des MG interviewés sont résumées dans le talon sociologique (Annexe 7).

## VI. Réalisation des focus groupes et de l'entretien individuel

### A) Les focus groupes

Une date pour la réalisation de chaque focus groupe a été proposée en essayant de choisir un lieu neutre, facile d'accès pour les médecins interrogés et peu bruyant.

Le sujet de l'anonymat et de la confidentialité des données a été abordé au début des focus groupes. Les médecins ont ensuite signé les feuilles d'information et de consentement, puis rempli un questionnaire destiné à connaître le talon sociologique (Annexe 6).

Nous avons ensuite débuté l'entretien par une brève présentation du contexte actuel concernant le CCU et le FCU.

L'animation lors des focus groupes a été faite par une de nos directrices de thèse, choisie pour sa connaissance du sujet et du guide d'entretien, ainsi que pour la facilité de débriefing et de réajustement après chaque focus groupe.

Chaque focus groupe a été enregistré avec un dictaphone, et nous avons pris des notes quant à l'attitude non verbale des participants et le contexte dans lequel se déroulait le focus groupe.

Le premier focus groupe a permis de se rendre compte de la nécessité de laisser affichée la trame de questions posées par l'animatrice, dévoilées au fur et à mesure. Les médecins ont pu relire les questions quand ils le souhaitaient et ainsi de ne pas perdre de vue ce qu'on leur demandait.

### B) L'entretien individuel

Après l'obtention de la saturation des données des focus groupes, un débriefing a été fait avec nos directrices de thèse, qui ont suggéré d'interroger un médecin du planning familial afin de voir si des idées nouvelles ressortiraient de cet entretien.

Plusieurs médecins du planning familial ont été contactés par email, l'un d'eux a répondu favorablement. La date et le lieu d'entretien ont été laissés au libre choix du médecin.

Pendant l'entretien, l'une des chercheuses a interrogé le médecin pendant que l'autre analysait le discours (intonation de la voix, rires, hésitations, attitudes corporelles).

## VII. Contexte d'énonciation et retranscription

A la fin de chaque focus groupe et de l'entretien individuel, nous avons noté à chaud le contexte de la réunion et notre ressenti sur l'ambiance, ainsi que les éléments forts (idées nouvelles ou inattendues) (Annexe 8).

Pour la retranscription, un code comprenant la lettre M majuscule suivie d'un chiffre a été donné à chaque médecin, par ordre chronologique, afin d'assurer l'anonymat des données recueillies.

Chaque chercheuse a retranscrit la moitié des focus groupes et de l'entretien individuel de façon littérale. Les éléments non verbaux (intonations, rires, hésitations...) ont été ajoutés entre parenthèse et en italique (exemple de retranscription en Annexe 9).

A l'issue de cette retranscription nous avons obtenu le verbatim (citation textuelle mot à mot) de chaque entrevue.

## VIII. Analyse des données

Avant d'analyser les données, une relecture de la retranscription de l'entrevue dans sa globalité, ainsi que des notes de terrain, a permis de nous imprégner des idées fortes.

Chaque chercheuse a analysé individuellement le verbatim pour le découper en unités de sens. Chaque unité de sens a été interprétée et reformulée en « codes » le plus fidèlement possible à l'idée initiale, en gardant les mêmes mots clés, les mêmes verbes utilisés... Ces codes ont été élaborés de façon individuelle par chacune des chercheuses puis mis en commun en recherchant un accord mutuel (principe de triangulation augmentant la validité des méthodes interprétatives). En cas de désaccord sur l'interprétation d'un verbatim, les directeurs de thèse ont été sollicités.

Les codes ont été classés dans un tableau Excel commun, puis regroupés en catégories selon leurs caractéristiques communes. A chaque nouveau focus groupe ou entretien individuel, de nouveaux codes rattachés à leur verbatim sont venus s'ajouter au tableau initial, faisant évoluer les catégories, thèmes et sous thèmes selon les nouvelles idées émergentes.

Pour éviter que notre interprétation des réponses données par les participants ne soit influencée par notre éducation ou notre expérience de vie personnelle, nous nous sommes efforcées de réaliser un travail de réflexivité tout au long de notre thèse en essayant d'être les plus neutres possible.

## **RESULTATS**

### I. La population étudiée

#### A) Caractéristiques de l'échantillonnage

21 MG et un médecin du centre de planification ont été interrogés entre le 4 juillet 2017 et le 14 février 2018, par le biais de trois focus groupes et d'un entretien individuel. Un médecin (M1) n'apparaît pas dans les résultats car il a dû partir avant le début du premier focus groupe, mais avait déjà été inclus.

8 médecins ont participé au premier focus groupe, 3 médecins hommes et 5 médecins femmes. Le deuxième a regroupé 7 médecins, 2 hommes et 5 femmes. Le troisième focus groupe était composé de 6 médecins femmes.

Au total, 5 médecins hommes et 17 médecins femmes ont été interrogés. Parmi ces médecins, 2 avaient moins de 30 ans, 10 de 30 à 45 ans, 7 de 45 à 60 ans et 2 plus de 60 ans. La plupart venaient de Haute-Garonne et 2 médecins venaient du Tarn-et-Garonne. Ils ont déclaré exercer en zone urbaine ou semi-rurale (Annexe 7).

#### B) Déroulement des focus groupes et de l'entretien individuel

Le premier focus groupe a été mené dans une salle de réunion privatisée, le deuxième et le troisième ont été réalisés dans le cabinet médical d'un des participants, et l'entretien individuel au planning familial.

Le premier focus groupe a duré 1h25, le deuxième 1h15, le troisième focus groupe a duré 54 minutes, et l'entretien individuel a duré vingt-huit minutes.

Lors du troisième focus groupe, la saturation théorique des données concernant la question de recherche semblait atteinte. Un entretien individuel supplémentaire a été organisé avec un médecin ayant un profil encore différent et a confirmé l'absence de données nouvelles concernant la question de recherche.

### II. Etat des lieux sur le dépistage du cancer du col de l'utérus

#### A) Le cancer du col de l'utérus, un cancer méconnu

Le CCU « n'est pas un cancer comme les autres » M7, par bien des aspects. Il semblait notamment très différent du cancer du sein, avec lequel beaucoup de comparaisons ont été faites par les médecins.

Le CCU était décrit par les MG comme rare et invisible, ce qui le rendait abstrait auprès des femmes. « C'est quand même un truc un peu obscur » M15. A l'inverse, « le cancer du sein, ça se voit », « elles peuvent le sentir » M8, et elles avaient toujours un proche atteint : « une amie, une copine, la sœur, la voisine »...M2.

Les médecins reprochaient également le manque de communication publique sur le sujet, arguant la faible médiatisation du CCU. Certains ont même suggéré, non sans une pointe d'ironie, que c'était parce qu'il était moins photogénique que le cancer du sein « Si elles montrent leur col, c'est moins vendeur » M13.

La CPAM aurait envoyé des courriers de rappel aux patientes pour qu'elles effectuent un FCU. La population aurait été mal ciblée et les messages peu audibles, tant auprès des patientes que des médecins « Moi je n'ai jamais vu le papier » M6, « cette histoire de dépistage, je ne l'ai pas entendue non plus » M8.

Tout cela faisait que les patientes leur semblaient « très souvent ignorantes » M7 des risques du CCU.

#### B) Le FCU, un outil efficace et facile à utiliser

Le FCU était reconnu comme étant un outil efficace pour dépister le CCU, capable de dépister une lésion avant son évolution en cancer « Moi c'est comme ça que j'explique l'intérêt du dépistage. C'est que justement c'est un des seuls cancers qu'on peut prendre avant qu'il soit un vrai cancer » M21. Le dépistage du CCU était reconnu par les médecins comme étant plus efficace que celui du cancer du sein.

Certains médecins trouvaient que c'était relativement simple de penser au suivi gynécologique des patientes, et décrivaient des patientes enclines au dépistage : « Non vraiment, c'est une attitude ouverte, en tout cas chez mes patientes, il y a jamais eu de blocage particulier » M9.

Il n'y avait pas non plus d'obstacle matériel ou technique à la réalisation du FCU « Pendant longtemps, j'ai fait des frottis avec des tables pas gynéco-spécifiées, et ça marche très bien » M13, « après pour la faisabilité, c'est un acte qui est facile à faire » M9.

#### C) Un vécu différent selon le sexe, la génération et le lieu d'exercice

Des différences de ressenti et d'implication sont ressorties en fonction du genre et de la tranche d'âge des MG.



Les médecins de genre masculin interrogés ont débuté leur carrière à une époque où la médecine générale était essentiellement pratiquée par des hommes, et où il y avait encore assez de gynécologues « C'était loin de notre préoccupation » M2, « on avait une formation très nettement différente de celle que vous pouvez avoir aujourd'hui » M2.

Ils ont pris l'habitude de ne pas s'occuper du suivi gynécologique de leurs patientes. « J'ai dû faire 15 frottis ou 20 frottis dans ma carrière » M2, « est-ce que vous pourriez me faire un frottis ?... Oula, attendez, comment on fait ça » M7, et préféraient déléguer « Moi je délègue la gynéco, je ne suis pas à l'aise avec ça » M11.

L'arrivée de jeunes femmes MG était perçue comme une solution pour récupérer les patientes au niveau gynécologique « Aujourd'hui on a des jeunes femmes qui sont vraiment sensibilisées à ça » M2. Elles paraissaient à l'aise avec la réalisation des FCU « Pour moi c'est naturel de faire des frottis » M9, « J'en ai fait pendant tout mon internat » M9.

Le peu de gynécologie pratiquée par les médecins de genre masculin ne les empêchait pas d'être impliqués dans le dépistage « Je note quand même dans le dossier médical la date du dernier frottis » M8.

La différence de lieu d'exercice pouvait avoir un impact sur le dépistage du CCU ou sur la façon de le dépister. « Moi je suis en centre-ville [...] y a les gynécologues qui sont à côté » M7, « Je suis pas installée dans des zones avec un milieu socioculturel défavorisé. Peut-être que c'est beaucoup plus compliqué pour ces zones ». M4

### III. Les populations à risque d'échapper au dépistage

#### A) Les femmes à partir de la quarantaine

##### 1) Les femmes ménopausées

Selon les MG, les femmes ménopausées ne se sentiraient plus concernées « Je pense, parmi les femmes qui échappent à la vigilance, peut-être celles-ci, parce qu'elles se sentent ELLES moins concernées » M13.

Elles sembleraient soulagées de ne plus être obligées d'avoir un suivi gynécologique « Après la ménopause, c'est ouf, la corvée est terminée » M7, « ce qu'elles ont envie c'est qu'on leur foute la paix » M10.

Les médecins faisaient état chez les patientes de nombreuses fausses croyances à propos de la ménopause « Entre autre que les cancers hormonaux les concernaient moins » M13.

Elles seraient interloquées par le fait que le MG s'intéresse encore à cette zone de leur corps en leur proposant un FCU « Quand je propose des frottis, il y en a des fois [...] , elles sont un peu surprises qu'on leur parle encore de cette région là » M13.

Les MG relaient que la ménopause était parfois vécue comme une rupture brutale dans la vie des femmes, « fantasmée comme l'arrêt de la féminité, de la sexualité » M13.

Une sécheresse vaginale avait pu rendre le FCU précédent traumatique, ne les incitant pas à recommencer « La femme ménopausée [...] c'est compliqué, elles en ont un très mauvais souvenir avec leur atrophie vaginale et la sécheresse vaginale » M15.

Les médecins disaient parfois oublier de dépister leurs patientes ménopausées, par un phénomène d'échappement après la ménopause « Mais là où on rate tous les virages, c'est après la ménopause, j'ai l'impression » M7.

Les femmes ménopausées n'avaient pas accès au centre de planification pour faire leur FCU et ne pouvaient être rattrapées à l'occasion d'une consultation au planning familial « Ici on ne voit pas de dames ménopausées » M22.

## 2) Les patientes sans contraception

Les médecins n'ayant plus le levier de la contraception pour penser au FCU perdaient de vue ces patientes pour le dépistage du CCU « on propose quand même beaucoup plus aux femmes qui ont une contraception » M3.

Les patientes semblaient penser qu'en l'absence de contraception, elles n'auraient plus besoin de suivi gynécologique. Les MG rapportaient que le suivi gynécologique des patientes de 40-50 ans devenait alors moins régulier.

Certaines patientes sembleraient ne plus souhaiter faire d'examen gynécologique ou de FCU « Elle dit "oh les frottis j'en ai fait quand j'étais jeune, maintenant j'ai plus envie d'en faire" » M22, et vouloir qu'on les laisse tranquilles « elle a pas envie qu'on l'embête, elle a pas envie qu'on l'examine » M22.

Ces femmes auraient « l'impression qu'à 50 ans la vie s'arrête » M20, et « qu'on n'a plus besoin de s'occuper d'elles » M20.

## 3) Les patientes à qui on ne propose pas le dépistage

Les médecins admettaient oublier parfois de dépister les patientes qui avaient plus de 40 ou 50 ans « Moi je les vois mais je ne leur demande pas quand est ce qu'elles ont fait leur

dernier frottis » M2, en partie à cause de comorbidités associées « C'est sûr que la patiente hypertendue de plus de 50 ans, je suis pas sûre que je pense régulièrement "et le frottis? " » M21. Mais aussi parce que certains avaient oublié la tranche d'âge limite pour le dépistage du CCU « Je ne sais plus qu'elle est la limite, 72 ans ? 70 ans ? Un truc comme ça » M22.

Bien qu'une grande partie des femmes de plus de 40-50 ans apparaissait réfractaire au dépistage du CCU, certaines patientes de plus de 65 ans semblaient, selon les MG, au contraire désarçonnées de ne plus entrer dans la catégorie des patientes devant se faire dépister, allant même jusqu'à penser « On a plus qu'à crever quoi » M19.

L'âge limite maximum de 65 ans pour arrêter le dépistage du CCU pouvait sembler trop jeune aux MG comparativement à celui pour le cancer du sein ou du colon « c'est jeune pour dire à une patiente "bah non, là vous avez plus de 65 ans, on arrête le dépistage du cancer du col de l'utérus " » M19, d'autant plus qu'elles pouvaient avoir de nouveaux projets de vie, tel qu'un nouveau partenaire.

### B) Les jeunes femmes

Les jeunes femmes semblaient être une population à part, plus faciles à atteindre pour certains, réfractaires pour d'autres.

Le FCU apparaissait parfois beaucoup plus facile à proposer aux jeunes femmes « moi j'ai l'impression que c'est très simple avec les jeunes femmes, les femmes actives » M15.

Paradoxalement, d'autres jeunes patientes semblaient selon les MG échapper au dépistage du CCU, par manque de temps ou trop occupées par leurs enfants « Enfin on les voit parce qu'elles avaient des petits mais on les voit jamais pour elles en consultation ou exceptionnellement » M8.

Ces jeunes mères leur paraissaient éprouver des difficultés à se libérer pour venir seules en consultation « Justement quand elles ont accouché depuis pas longtemps, quand le mari pas là, pas de nounou ni rien (...) c'est compliqué » M18. Lorsqu'elles étaient accompagnées de leurs enfants, les MG pouvaient se sentir gênés pour proposer la réalisation d'un FCU. « Essayer de se dire "on va le faire. Il jouera de l'autre côté." Mais non ! » M18, et avançaient que les mères pouvaient aussi se sentir embarrassées « faire un frottis avec le petit à côté c'est pas... » M5.

Un des médecins suggérait que certaines jeunes femmes venaient sciemment accompagnées de leurs enfants afin d'être sûres d'échapper au FCU « Après, je me dis quand même que celle qui vient pour un examen gynéco et qui amène ses enfants, c'est

qu'elle espère bien que tu vas lui dire "ah ben on peut pas le faire, il est petit, c'est dommage, on va renouveler sans faire le frottis" » M21.

### C) Autres populations réfractaires

#### 1) Les patientes lesbiennes

Certains médecins se trouvaient peu performants dans le dépistage de leurs patientes lesbiennes. Ils étaient mal à l'aise à l'idée de leur proposer de faire un FCU, et réalisaient que les patientes homosexuelles étaient moins bien suivies, entre autre parce qu'ils ne pensaient pas à leur parler du FCU en l'absence de consultation pour une contraception « Je me demande si elles sont à jour (...) parce que du coup on parle pas de contraception » M9.

D'autres médecins ne proposaient pas de FCU à leurs patientes lesbiennes car ils pensaient qu'une infection à Papillomavirus impliquait une pénétration sexuelle « Tu veux dire qu'il n'y a pas besoin de pénétration pour avoir un HPV ? » M10, « L'extérieur suffit ? » M10.

Ils rapportaient que les patientes elles-mêmes ne pensaient pas pouvoir être victimes du CCU « En fait, elles considèrent que n'ayant pas eu de pénétration, elles ne sont pas sujettes au Papillomavirus » M10, ni avoir besoin d'un suivi gynécologique « n'ayant pas besoin de contraception, elles considèrent qu'elles n'ont pas forcément besoin de suivi gynécologique régulier » M15.

#### 2) Les patientes victimes de violences

Les femmes ayant des antécédents de violences, souvent réticentes à l'examen gynécologique, faisaient partie des populations à risque de sous dépistage relevé par les MG « les patientes aussi qui sont victimes de violences sexuelles, qui ont du mal à se laisser examiner » M14.

#### 3) Les populations défavorisées

Les populations défavorisées représentaient, pour les MG, une population réfractaire au dépistage car elles pouvaient éprouver des difficultés à se projeter sur l'avenir. Elles étaient perçues comme une population plus difficile à capter, pouvant demander un peu plus d'informations et d'énergie.

#### 4) Les autres populations évoquées

Les autres populations évoquées par les MG étaient :

- Les patientes ayant du mal à s'occuper d'elles et de leur santé dont les patientes ayant « de très gros problèmes sociaux qui font qu'elles oublient de s'occuper d'elles, et donc forcément le dépistage et à fortiori le frottis c'est compliqué » M15.
- Les populations étrangères, en lien avec la barrière de la langue et un problème de compréhension
- Les patientes polypathologiques « Elles voient tellement de spécialistes dans l'année, et tellement de problèmes à régler, qu'on pense pas forcément à caser la consultation gynéco » M15.
- Les patientes lourdement handicapées « Je travaille avec ma femme auprès des polyhandicapés, c'est évident que c'est plutôt elle qui aborde le sujet, mais il est clair que c'est quasiment pas fait. Quasiment pas fait » M13. Certains médecins ne parlaient « jamais sexualité, parce que bon, elle est en fauteuil roulant » M18.
- Les patientes de moins de 65 ans résidant en EHPAD « moi j'ai quelques patientes en maison de retraite assez jeunes, et c'est vrai que des fois je me dis, est-ce qu'il faudrait que je les reprenne? Et c'est vrai qu'on va pas y penser spontanément » M15.

#### IV. Les obstacles

##### A) Freins des médecins généralistes

###### 1) Des contraintes d'exercice

Les médecins se considéraient au premier plan pour protéger les patientes, mais cette mission s'ajoutait à une longue liste de responsabilités « Moi je pense qu'on est quand même censé penser à beaucoup de choses » M3, d'autant que la population concernée était importante « Euh, voilà, gérer ça pour toutes les femmes de 25 à 65 ans, c'est pas rien » M22, et qu'il était difficile de repérer les non participantes « On a aucun listing pour savoir qui a fait, est à jour et qui n'est pas à jour » M18.

Il leur semblait difficile de penser à de la prévention lorsque les consultations s'enchaînaient. « D'avoir toutes ces consultations aiguës qui... Et du coup, rentrer là dans un truc de prévention, qui prend du temps » M21, d'autant plus lorsque les patientes ne venaient pas spécifiquement pour de la prévention à la base, « il faut déjà gérer la problématique pour laquelle elles viennent, puisque pour elles c'est leur problématique » M18.

Les médecins se plaignaient de manquer de temps à consacrer à la prévention « Mais après on a quand même des consultations de plus en plus longues avec des timings de plus en plus serrés. Ça fait beaucoup de choses hein » M2.

Ils se disaient ne pas être forcément équipés pour le suivi gynécologique, que ce soit au niveau du matériel « il faut avoir une bonne table » M22, ou au niveau des logiciels « l'ordinateur ne nous demande pas quand est-ce qu'ils ont fait le frottis » M22. Tenir le dossier des patientes à jour leur semblait parfois difficile, d'autant plus que tous les logiciels n'étaient pas intuitifs.

## 2) Difficultés avec l'examen gynécologique

Certains médecins ne se sentaient pas à l'aise avec l'examen gynécologique, ce qui pouvait les empêcher d'aborder le sujet « on parle de leur âge, on parle de l'hypertension, on parle d'un tas de choses. Mais des frottis cervicaux vaginaux, désolé, ça vient pas » M7, « c'est compliqué, si tu te sens pas à l'aise avec un geste, de le proposer facilement... ! » M15. Leur gêne pouvait se transmettre et rendre les patientes mal à l'aise, « si on balbutie, si on regarde ses chaussures en disant "pouvez vous retirer votre culotte?" évidemment je pense ça peut être un obstacle » M13.

Les médecins ne maîtrisant pas la gynécologie avaient peut-être tendance à moins s'investir dans le dépistage des patientes réfractaires « Mais après les médecins qui ne font pas de gynécologie, si les dames ne veulent pas, ils vont laisser courir peut être » M22.

## 3) Des discordances entre les médecins généralistes et les gynécologues

Le manque de cohésion avec les gynécologues leur rendait le suivi encore plus difficile. Les MG se sentaient en difficulté pour respecter la fréquence recommandée « j'ai l'impression qu'on ne fait pas tout à fait la même chose que les gynécos » M3. L'âge à partir duquel ils proposaient les premiers FCU semblait également différent. Certains gynécologues commençaient dès 16 ans selon les MG, qui se sentaient en difficulté pour refuser un FCU chez les trop jeunes filles « à un moment tu te dis en fait la mère elle va plus me l'amener, elle va se dire « je pense que cette médecin généraliste, elle sait pas trop » M21.

Les problèmes de communication entre les MG et les gynécologues pouvaient engendrer des difficultés pour récupérer les résultats des FCU faits par des gynécologues « je leur dis « quand vous voyez le gynéco, est-ce que vous pouvez lui dire de me mettre en copie de votre frottis, parce que c'est pas fait systématiquement » M15.

Un médecin généraliste affirmait que certains gynécologues s'estimaient être le généraliste de leurs patientes « Il le dit. Je suis médecin traitant de la femme » M13.

#### 4) Des patientes difficiles à motiver

Les médecins disaient éprouver des difficultés avec certaines patientes globalement réticentes « Elles sont pas contre le dépistage, mais bon, elles n'ont pas trop trop envie d'aller faire ça » M21, et qui pouvaient même aller jusqu'à mentir « Parce que la dame qui n'a pas envie d'être suivie, de toute façon elle va te dire "le frottis a été fait par ma gynéco" » M10.

Ces patientes ne reprenaient pas rendez-vous pour faire le FCU, ou l'annulaient « "oui je reviendrai je prendrai rendez-vous" moi je me rends compte que souvent elles ne le font pas » M4.

#### B) Freins des patientes

##### 1) Le manque de connaissances

Le frein décrit le plus souvent par les MG était le manque de connaissance des patientes.

- Sur le FCU : son utilité, ses conséquences, « le frottis comment ça se fait ? » M15.
- Sur le CCU, avec une perception faussée du fonctionnement du papillomavirus selon les MG, « elles pensent que c'est la pilule qui donne le cancer du col » M4.
- Et même sur leur anatomie « on leur parle de cancer du col. Déjà qui sait ce que c'est son col ? » M15.

Les MG rapportaient que les femmes ne connaissaient globalement pas les recommandations sur la fréquence des FCU, et la différence de discours entre les MG et les gynécologues n'arrangeait rien « Souvent chez le gynéco c'est un an » M3, « ça participe un peu à la confusion sur le sujet » M3.

Selon les MG, elles semblaient penser que le FCU « C'est pour vérifier que tout va bien » M20, et banalisaient ses conséquences potentielles « elles vous le disent comme ça, "moi j'ai eu une conisation, c'est rien." [...] Moi je suis assez frappée ! » M6.

Le fait que le FCU pouvait être fait par les MG leur semblait encore méconnu « ce n'est pas effectivement encore très intégré dans la population que les généralistes peuvent le faire. » M3, « Je pense qu'elles sont très persuadées que c'est seulement le gynécologue » M5, mais le délai pour obtenir un rendez-vous chez un gynécologue pouvait décourager les

patientes « c'est des rendez-vous à 5 ou 6 mois et ça ça freine » M7. Les MG avaient l'impression qu'une partie des patientes associaient contraception et suivi gynécologique « Le problème, c'est que dans la tête des femmes, il faut faire un frottis parce qu'on prend la pilule » M4, « Quand elles sont ménopausées vous allez chez la gynéco? "Bah non ça sert plus à rien puisque je n'ai plus contraception" » M4.

Un autre frein soulevé était le fait de penser que ça ne peut arriver qu'aux autres « Il y en a qui se sentent pas du tout concernées » M16, « Et on a beau leur expliquer, ça peut pas leur arriver quoi » M16.

La propension à faire un FCU ne semblait pas toujours liée selon les MG aux connaissances qu'avaient les femmes sur ce sujet. Les femmes de plus de 40 ans leur paraissaient avoir des bases sur ce dépistage « La dame de 55 ans qui en a fait 50 ans des frottis, qui a accouché et tout, elle elle sait ce que c'est » M18, mais étaient perçues comme majoritairement réfractaires, contrairement aux femmes plus jeunes chez qui le FCU pouvait être flou « Ah il y a des jeunes filles, elles comprennent pas ce que c'est » M18, mais qui venaient faire leur FCU régulièrement.

## 2) Appréhensions et réticences

Les MG décrivaient une anxiété chez certaines femmes « On aime pas savoir que peut-être on est malade » M15, mais pas chez la majorité. Les MG expliquaient ça en partie par le manque de connaissances des patientes « elles ont pas forcément peur quand on fait un frottis, parce qu'y a une bonne partie qui ne savent pas ce qu'on cherche » M22.

Les femmes leur semblaient surtout avoir peur de l'examen gynécologique « y en a, elles ont une peur bleue de la pose du spéculum » M4, « ce qui fait peur aux femmes dans le frottis, c'est pas le frottis, c'est l'examen » M22.

Les antécédents de mauvaises expériences ont été cités comme l'un des plus gros freins pour la réalisation du FCU « Alors après celles-ci, pour les re-convaincre de faire quelque chose c'est pas facile » M4, tout comme les histoires personnelles traumatisantes qui pouvaient faire qu'elles n'aimaient pas être examinées dans cette zone intime.

Les médecins citaient également le manque de temps dans la vie des patientes « Il y a la vie qui fait que, on est débordé, il y a le boulot » M15, et la gêne éprouvée de se mettre nue sans avoir pu s'épiler ou faire leur toilette « J'ai transpiré... » M14.

Certaines femmes semblaient réfractaires à faire leur suivi gynécologique chez leur MG « Je pense [...] qu'elles aiment bien qu'il y ait une séparation entre la médecine générale et



la gynécologie» M11, « elles ne sont pas à l'aise de le faire avec le médecin traitant qu'elles connaissent »M3. Elles paraissaient ne pas souhaiter pas que leur médecin traitant ait connaissance de leur suivi gynécologique, et vouloir que seul le gynécologue soit au courant. «Donc la fois suivante, on leur dit "alors au fait, ça s'est bien passé la conisation?" », « Comment vous êtes au courant ? » M7.

Les patientes semblaient avoir pour les médecins « le réflexe gynécologie = gynécologue » M2.

## V. Les Pistes d'amélioration

### A) Concernant les médecins généralistes

#### 1) Informier et sensibiliser les médecins

Certains médecins identifiaient le manque d'information comme une des principales problématiques du dépistage « c'est de l'information simplement qu'il manque» M2. Il leur semblait nécessaire d'informer les MG sur leur utilité dans le dépistage.

Une information générale sur le CCU (physiopathologie, prévalence, chiffres de morbi-mortalité) leur paraissait importante « Je pense que si on était plus au courant de ça, peut être ça nous motiverait davantage aussi pour en faire » M2.

Lors de l'énoncé des chiffres de morbi-mortalité du CCU, certains médecins ont été surpris « 1000 morts par an c'est énorme ! »M4, « Nan mais c'est fou quoi ! » M2.

Les moyens proposés pour informer les médecins ne manquaient pas, par exemple par le biais d'une formation obligatoire, du développement personnel continu, de travaux écrits « faisons des belles thèses » M15, « en écrivant de beaux articles dans les revues de médecine générale » M15, et des congrès de médecine générale «en allant porter la belle parole dans les congrès de médecine générale » M15.

#### 2) Contourner les obstacles

##### a) Dans la pratique quotidienne

Les logiciels informatiques leur semblaient être une aide précieuse pour penser au dépistage. Ces logiciels leur permettaient l'ouverture de notes, d'alertes ou de post-it afin de renseigner la date du dernier FCU ou l'échéance à laquelle le prochain FCU devait être réalisé. Avoir un onglet dédié au suivi gynécologique leur semblait utile pour le suivi des

patientes « c'est très important d'avoir dans ce volet médical le petit onglet gynéco, pour ne pas se perdre »M15.

La bonne tenue des dossiers médicaux leur semblait indispensable « j'essaie de renseigner mon dossier informatique, le mettre à jour » M20, tout comme le renseignement des antécédents médicaux « c'est dans le dossier médical, et ça permet d'avoir un suivi régulier »M15.

Poser la question du FCU systématiquement à toutes les femmes en consultation était proposé comme une piste d'amélioration. « il faut introduire le frottis dans le questionnaire de tous les jours » M7.

Ils proposaient d'aborder le sujet du FCU quel que soit le motif de la consultation « j'ai pris l'habitude, systématiquement, même s'ils ne viennent pas pour de la gynéco, on refait le point sur le suivi » M4. Les consultations avec des nouvelles patientes pouvaient être l'occasion de faire le point sur leur suivi gynécologique « quand une patiente vient pour la première fois, moi je lui demande systématiquement de quand date son dernier frottis » M9.

Les médecins pouvaient profiter de certaines consultations liées à des événements de vie plus propices à aborder le sujet du FCU comme la contraception, la grossesse, le post-partum ou les consultations pré-natales.

Un des médecins a souligné l'importance d'être maître de stage, les internes lui permettant de ne pas oublier la question du dépistage.

#### b) Dans l'organisation du cabinet

Les médecins rappelaient l'importance des tâches administratives dans leur quotidien. Déléguer ces tâches pouvait leur permettre de se recentrer sur leur activité de MG. La secrétaire pouvait avoir un temps de secrétariat dédié pour regarder dans les dossiers et mettre une note dans ceux des personnes n'ayant pas fait de FCU dans les 3 dernières années, ou bien elle pouvait leur faire un mailing.

Ils décrivaient que les maisons de santé pluri-professionnelles avaient déjà un financement pour un temps de secrétariat pendant lequel la secrétaire allait dans les dossiers des patients et pointait tout ce qu'il manquait.

Les campagnes temporaires propres à chaque cabinet pouvaient amener les patientes et/ou les médecins à parler du dépistage « Une petite saison du frottis (...) parce que ce genre de

chose là oui ça peut marquer les esprits et faire que justement ces femmes là au moins nous en parlent » M18, « et du coup, même le médecin, tu te mets dans une dynamique où tu es beaucoup plus là-dessus » M21.

#### c) Au niveau du suivi gynécologique

Certains médecins se disaient enclins à parler du suivi gynécologique ou à réaliser des FCU sans souhaiter devenir le référent en gynécologie de leurs patientes « il m'est jamais arrivé je pense qu'il y ait quelqu'un qui vienne me voir que pour de la gynéco » M21, « Ma place c'est d'être médecin généraliste, avec de la gynéco comme un acte parmi les autres quoi » M21.

Les médecins pouvaient s'appuyer sur d'autres professionnels de santé afin d'assurer le suivi gynécologique :

- Les sages-femmes « je pense que c'est une personne de confiance pour la patiente » M15, « peut-être que les sages-femmes se fassent connaître auprès des médecins qui n'ont pas cette sensibilité gynécologique pour être un partenaire » M15
- Les infirmières Asalée, dont le rôle était méconnu par les médecins « L'infirmière Asalée elle ne fait pas que le diabète ou la nutrition ? » M10, « C'est toi qui décides avec elle ce que tu vas cibler comme priorité »
- Les médecins du travail et le planning familial ont aussi été évoqués

#### d) Communication des pouvoirs publics

La plupart des médecins déploraient l'insuffisance de communication publique sur le FCU et le CCU, qui manquait pour faire comprendre aux patientes l'importance de ce dépistage : « on n'est pas trop aidés dans cette démarche quand même » M2. Les MG auraient souhaité avoir le rôle de relai d'information qui leur incombe. Il était important que l'information donnée par les MG vienne appuyer celle des pouvoirs publics « ce que nous on va leur dire, il faut qu'ils l'entendent ailleurs » M7.

Les médecins rappelaient l'importance des campagnes de communication à l'échelle nationale pour la promotion du dépistage avec des messages relayés via des publicités, les médias ou les magazines féminins.

#### e) Au niveau du système de santé

Certains MG se déclaraient responsables si les femmes ne faisaient pas de FCU régulièrement, alors que d'autres nuançaient cette affirmation « rôle, oui, important, mais on n'est

pas les seuls » M2, « on est UNE des pièces, on n'est pas TOUTES les pièces » M7.

Les médecins pensaient qu'il serait bien de mettre en place un dépistage du CCU organisé, de la même façon que pour le cancer du sein ou celui du colon afin de pouvoir être aidé dans leur mission de dépistage. Ce système pourrait s'appuyer sur l'envoi d'un courrier tous les 3 ans aux patientes afin qu'elles pensent à faire leur FCU.

La ROSP était proposée comme pouvant être un moyen d'amener les médecins à parler du dépistage « tu as un pourcentage de patientes qui ne sont pas dépistées par frottis, tu te fais rappeler que tu vois que tu n'as pas de points, tu vas y penser hein. C'est un moyen » M2. La ROSP semblait être un moyen de changer les pratiques des MG et était jugée attractive « c'est le treizième mois, donc je peux vous dire que c'est un moyen puissant » M7.

La revalorisation de l'acte pouvait trouver écho chez certains médecins « le fait que ce soit revalorisé en cotation je pense que ça va jouer sur le fait que on s'y intéresse à nouveau » M8, même si pour d'autres le problème n'était pas d'ordre financier trouvant déjà que le FCU était bien côté.

Les médecins étaient également favorables à l'envoi par la CPAM d'un listing des patientes échappant au dépistage afin de mieux pouvoir les repérer.

Ils déploraient l'impossibilité d'avoir accès à la date du dernier FCU de leurs patientes et s'interrogeaient sur la possibilité de trouver cette information sur leur carte vitale. L'introduction du DMP était alors avancée pour pallier à ce manque d'information disponible.

Les MG soulevaient l'intérêt d'introduire une consultation de prévention dédiée, adaptée à l'âge des patientes. Une consultation ménopause était évoquée pour les femmes aux alentours de la cinquantaine. La promotion du bilan de santé de la CPAM pouvait avoir une utilité dans le dépistage.

### 3) S'impliquer dans le dépistage

Les MG pensaient avoir un rôle central et primordial dans la prévention « On est quand même au premier plan pour tout ce qui est dépistage systématique » M3.

Se préoccuper du suivi gynécologique des patientes faisait partie de leurs missions, au même titre que la vaccination, ou les dépistages organisés « Enfin le frottis fait partie de la femme de 25 à 65 ans quoi. Ça fait partie du suivi habituel » M16.

Le rôle du MG était pour certains de proposer la réalisation du FCU d'autant plus qu'il

semblait difficile de voir un gynécologue. Selon eux, la pénurie de gynécologues et les rendez-vous lointains paraissaient décourager les patientes, et les MG semblaient avoir un rôle important à jouer en proposant à leurs patientes de faire leur suivi gynécologique, ce qui pouvait être une piste pour en récupérer quelques-unes « Si on veut qu'elles puissent adhérer, il faut qu'elles aient des endroits où les faire » M20, « Parce que souvent les femmes elles disent "ah oui, mais les gynécos, c'est trop long". Et paf, je suis votre gynécologue ! » M15.

Les patientes paraissaient demandeuses d'un suivi gynécologique par leur médecin traitant. Elles leur demandaient s'ils pratiquaient la gynécologie et si elles pouvaient consulter pour un suivi gynécologique ou pour la réalisation d'un FCU.

Il semblait indispensable pour certains MG de proposer aux patientes de faire leur FCU, surtout qu'ils trouvaient que ça ajoutait beaucoup d'intérêt à la pratique de la médecine générale. Une sous-spécialisation de la médecine générale était même imaginée par certains « Ou avoir des correspondants généralistes qui en font parce que des correspondants gynécos, en tout cas nous en périphérie du centre-ville, on en a de moins en moins » M20.

Cette éventualité était inenvisageable pour d'autres parce qu'ils n'avaient pas de matériel adapté, ou avaient une table d'examen basse par exemple « Elle se retrouve couchée et basse, et toi...Tu fais de la spéléo après ! » M16, ou par manque d'envie « moi j'aime pas ça alors je ne le fais pas » M16.

Ces médecins pouvaient s'impliquer grâce à leur rôle d'éducation, de conseil et d'information. Il était nécessaire de ramener les patientes à une certaine réalité médicale en leur rappelant que le risque de CCU persistait chez les patientes ménopausées ou n'ayant plus de relations sexuelles.

Un médecin traitant devait, selon les MG interrogés, avoir un rôle de coordinateur des soins en s'assurant que le suivi gynécologique était à jour, quel que soit son effecteur « parce même si elles sont suivies par un gynéco, quelque part notre rôle c'est de leur dire "est-ce que vous avez repris rendez-vous chez le gynéco?" » M18, « je fais pas de frottis personnellement, mais ça fait partie du dépistage, de savoir si c'est fait ou pas fait » M16.

Repérer et récupérer les non participantes était primordial pour augmenter l'adhésion au dépistage. Il fallait replacer les patientes au centre de leur santé et les responsabiliser « Après c'est vrai qu'on remet quand même toujours la responsabilité sur le médecin mais bon après la population elle a son rôle à jouer aussi » M2, « c'est leur santé hein, faut pas oublier quoi... » M2.

## B) Concernant les patientes

### 1) Informé et éduquer

« Peut être que les non-participantes sont les non informées » M19.

Ce postulat de départ pourrait montrer à quel point l'information était essentielle dans le dépistage du CCU.

#### a) Sur l'intérêt du dépistage

L'information était un des moyens suggérés par les MG pour amener les patientes au dépistage « Moi je pense que si les patients elles étaient aussi au courant du cancer du col de l'utérus, elles penseraient à demander leur dépistage » M9.

Les patientes pouvaient avoir besoin qu'on leur explique l'intérêt du FCU « L'explication avec la patiente, le dialogue. Je pense que vraiment, c'est hyper important. Pour tous les examens de dépistage » M9.

Les patientes informées leur semblaient ne pas rechigner à se faire dépister « jamais eu de blocage particulier. Peut-être parce qu'elles étaient bien informées, Internet, les campagnes de communication... » M9. Un des médecins allaient même jusqu'à affirmer que « les femmes ne prendront l'initiative de s'occuper de leur frottis et de penser à le faire tous les trois ans que si elles ont compris à quoi ça sert » M22.

Il leur paraissait important d'expliquer aux patientes à quoi servait le FCU « Si on veut qu'elles aillent se faire dépister, il faut qu'elles comprennent pourquoi elles y vont » M8, et de leur dire qu'il serait dommage de ne pas le faire car « c'est du dépistage, ça prend cinq ou 10 minutes, c'est quand même normalement pas traumatique. Et que ça peut rapporter gros » M4.

Les affiches étaient proposées comme un bon outil d'information, tout comme les dépliants, les prospectus ou les flyers à distribuer aux patientes.

Eduquer très tôt les patients semblait important pour les MG interrogés « déjà toutes petites leur dire, il y aura un frottis à faire toute la vie en surveillance » M15.

Après avoir été informées, les patientes pourraient être maitresses de leur santé et décider de se prendre en main ou non, sauf pour les plus fragiles « il faut quand même penser à ceux qui sont complètement perdus et qui sont la tête dans leur problème » M15.

## b) Sur le cancer du col de l'utérus

Certains médecins pouvaient trouver judicieux de donner des chiffres sur le CCU aux patientes en leur rappelant par exemple sa fréquence, et de leur expliquer la physiopathologie du Papillomavirus « on explique ce que c'est l'infection par le HPV, pourquoi, la physiopathologie, la durée, pourquoi c'est important » M15. Les schémas pouvaient aider à la compréhension, et quelques médecins disaient dessiner ou montrer sur des planches anatomiques.

Le vaccin contre le Papillomavirus pouvait être un moyen d'éduquer les adolescentes « Quand on commence à parler contraception, ou de la vaccination anti-HPV, on commence à leur dire : un jour, il y aura des frottis » M15 ou de récupérer leurs mamans « Oui c'est sûr que si elles ont des adolescentes qu'elles nous amènent euh, oui ça peut être aussi un moyen, et vous madame vous vous faites suivre ? » M4.

## c) Sur la réalisation du FCU

Proposer aux patientes la réalisation de leur FCU au cabinet semblait une piste d'amélioration pour les MG « moi à chaque fois que je les vois, je les informe qu'on fait les frottis nous-mêmes » M14, « Je peux vous le faire, pas besoin d'aller chez le gynéco » M18. Les patientes pouvaient être informées de cette possibilité par le biais d'affiches dans la salle d'attente.

## 2) Les convaincre

Un des principaux arguments pour convaincre les patientes pouvait être, selon les MG, de leur dire que le FCU était le meilleur moyen de prévenir le CCU.

Un suivi régulier permettait de dépister les lésions pré-cancéreuses afin de les détecter à temps pour ne pas développer un CCU. En effet « à partir du moment où on vous suit, vous ne mourrez pas du cancer du col » M22, « on a trouvé un HPV positif et où on va les suivre, elles n'auront pas de cancer » M22.

Dédramatiser l'acte du FCU « le frottis en lui-même c'est rien » M2 en disant aux patientes que c'est « un examen qui fait pas mal mais qui peut rapporter gros! » M18, et faire un travail autour de l'examen gynécologique pouvait améliorer l'adhésion des patientes au dépistage.

Les médecins avançaient que leur attitude vis-à-vis du dépistage avait un impact sur les patientes « Si on est convaincu que c'est important (...) elles le ressentent » M15, « je pense que le positionnement, ce qu'incarne le praticien est important » M13.

Il leur semblait important de chercher les représentations des femmes sur le CCU, en se demandant ce que c'était pour elles et en cherchant à comprendre les raisons pour lesquelles les précédents examens s'étaient mal passés, afin de pouvoir les rassurer sur le dépistage « en allant à la pêche aux représentations ou à leur vécu il y a peut être moyen aussi de lever certaines appréhensions » M20.

### 3) Contourner les freins

#### a) Améliorer le vécu de l'examen gynécologique

Un des principaux freins à la réalisation du FCU leur semblait être l'examen gynécologique. Les médecins se proposaient de travailler sur cet obstacle pour que les patientes puissent le surmonter, par exemple en ne le faisant que lorsqu'il était nécessaire « moins on fait d'examens pour rien, d'examen gynécologique systématique, rituel, initiatique, tout ce qu'on veut qui sert à rien... Et plus on peut les faire pour quelque chose de précis » M22.

Il fallait préparer et réaliser le FCU dans les meilleures conditions possibles, en fermant la porte à clé ou en mettant systématiquement du lubrifiant.

L'examen gynécologique leur semblait être un moment embarrassant pour les patientes, ainsi les MG pouvaient penser qu'il serait rassurant que ce soit un médecin qu'elles connaissent qui leur fassent « pour celles que je sens un peu réticentes à voir quelqu'un d'autre, je leur propose de le faire » M18.

Pour impliquer les patientes, certains médecins leur proposaient de mettre elles-mêmes le spéculum « parce que je pense que ça les remet dans une position de sujet » M22, ou de regarder leur intimité avec un miroir.

Il semblait important de rassurer les patientes sur leur apparence, de dédramatiser la situation en leur disant que les MG ne sont pas là pour contrôler leur épilation, ou en utilisant par exemple l'humour « c'est pas un rencard » M13.

Les médecins rapportaient une gêne des patientes au moment de se déshabiller. Un des moyens de contourner celle-ci était de ne pas les mettre entièrement nues « d'enlever le bas et pas d'enlever le bas et le haut parce que c'est hyper gênant » M14 ou de ne pas être présent lors du déshabillage « je ne les vois pas se déshabiller et ensuite je viens, je les



installe sur la table » M12.

Certains médecins s'inspiraient des pratiques canadiennes pour contourner la gêne, comme l'utilisation de tentes ou la réalisation de l'examen gynécologique en « chien de fusil » selon le souhait de la patiente.

#### b) S'adapter aux patientes

Les médecins proposaient de s'adapter aux patientes et leur proposer un rendez-vous à leur convenance afin qu'elles aient le temps de se préparer physiquement et mentalement. Certains médecins bloquaient même des créneaux pour leurs patientes actives « j'ai une petite plage de rendez-vous bonus pour le lundi soir, pour les dames qui sortent tard » M15.

D'autres au contraire préféraient faire le FCU de suite « moi je trouve que ce qui est vraiment le plus efficace... C'est, tu vois la femme pour n'importe quoi, je lui dis " allez, il faut faire le frottis " et ça y est hop, tu le fais » M19, pour ne pas que ces patientes leur échappent. En effet, ils notaient que les patientes assuraient qu'elles reprendraient rendez-vous mais ne le faisaient pas.

Dans les cas où les patientes semblaient réticentes à la réalisation du FCU par leur MG, les médecins les adressaient à leurs associés, ou à d'autres professionnels de santé comme les gynécologues ou les sages-femmes. Il pouvait être pratique d'avoir un confrère « référent gynécologie » au sein du cabinet « je leur donne un rendez-vous avec ma collègue pour faire une vraie consultation gynéco » M16.

#### c) Contourner la peur du résultat

La peur du résultat apparaissait pour les MG comme une des principales craintes des femmes par rapport au FCU. Il s'avérait important de rassurer ces patientes quant aux possibles résultats « moi j'aime bien leur dire, ne vous inquiétez pas, à partir du moment où on a trouvé que vous avez le Papillomavirus, vous n'aurez pas le cancer du col » M22 et leur expliquer que même la découverte d'un FCU anormal n'était pas alarmante « c'est pas pareil d'avoir un HPV positif et un VIH positif. C'est pas du tout la même chose » M22.

L'accompagnement du médecin traitant lors de la lecture des résultats apparaissait comme rassurant et pouvait permettre de diminuer l'anxiété des patientes.

# **DISCUSSION**

## I. A propos de l'étude

### Les forces et les limites de l'étude

#### 1) Les forces

##### a) Liées au sujet, à la méthode

Dans la littérature il existe de nombreuses études sur le dépistage du CCU. Des études quantitatives concernant les MG (19), des études qualitatives interrogeant les patientes (20) (11) (22) (23), mais les études qualitatives sur le point de vue des médecins sont plus rares.

Ils ont déjà été sondés dans ce type d'étude afin de recueillir leur avis sur les obstacles à la réalisation du FCU en médecine générale (24), sur les motivations les poussant à faire des FCU en dehors des tranches d'âge recommandées (25), ou sur l'impact des conditions sociales dans le dépistage (26).

Nous avons voulu diriger une étude plus originale en nous questionnant non pas sur les difficultés du dépistage du CCU, mais sur les moyens de l'améliorer en interrogeant des acteurs de premier plan qui sont pourtant parfois peu entendus ou impliqués : les MG.

Il était donc intéressant d'avoir leur avis compte-tenu de leur rôle central dans la prévention et le dépistage. Les pistes d'amélioration données pourraient aider les pouvoirs publics dans leur politique d'augmentation du taux de recours au dépistage.

Le dépistage du CCU est un sujet d'actualité puisqu'au cours de notre rédaction de thèse un arrêté, publié le 4 mai 2018, annonçait la généralisation du DO en France (16).

Les chercheuses ont suivi des ateliers de formation méthodologique donnés par la faculté afin de mener l'étude selon une méthode rigoureuse, puis ont cherché à augmenter la validité de du travail de recherche en utilisant la triangulation des données et le principe de réflexivité des chercheurs (comme décrit dans la méthode).

L'animation des focus groupes a été assurée par une directrice de thèse connaissant bien le sujet de recherche, facilitant les échanges à la fois avec les MG interrogés et avec les chercheuses.

La présence de MG du DUMG maitres de stage en gynécologie et d'un médecin du planning familial, sensibilisés au sujet du dépistage du CCU, a pu être une force car leur

formation et leur implication sur ce sujet peut leur permettre de mieux repérer les patientes non participantes.

#### b) Liées aux résultats

Une des forces de notre étude est que les principaux résultats retrouvés sont comparables à ceux présents dans la littérature (12) (27) (28) (29).

La variabilité des MG interrogés en terme d'âge, de genre, de lieu d'exercice, de pratique de la gynécologie, nous a permis d'obtenir un échantillon représentatif des MG (annexe n°7).

Cette étude a permis de mettre en évidence les principales carences actuelles du dépistage du CCU et d'apporter quelques stratégies pouvant permettre de l'améliorer.

Les principaux résultats de cette étude pourraient servir à la création d'affiches, de dépliants ou de fiches d'information à destination de tous les MG. L'élaboration de portraits robots que nous avons créés à partir des caractéristiques des principales femmes échappant au dépistage du CCU pourraient être diffusés aux MG afin de faciliter leur repérage des populations non participantes. Ces outils pourraient permettre d'améliorer le taux de couverture des patientes en France, en complément du dépistage organisé, dont la généralisation à l'échelle nationale est prévue pour courant 2018.

### 2) Les limites

#### a) Liées aux chercheurs

Cette thèse a été notre première recherche qualitative. Malgré notre présence aux différents ateliers du DUMG sur les thèses qualitatives, nous avons été confrontées pour la première fois à l'élaboration d'un guide d'entretien avec sa spécificité des questions ouvertes.

Le recueil des données a été essentiellement basé sur la réalisation de focus groupes, mais lors de l'entretien individuel nous avons dû endosser le rôle d'animateur pour la première fois, ce qui a pu altérer le recueil des données de cet entretien.

Notre statut d'interne en médecine générale puis de médecin remplaçant n'a pas pu être caché lors du recrutement des médecins ainsi que lors des focus groupes et de l'entretien individuel. Ceci a pu avoir une influence sur les données recueillies.

### b) Liées au recrutement des médecins

Il a été difficile de recruter le nombre de médecins nécessaires à l'élaboration de chaque focus groupe. Devant le peu de réponses obtenues par mail, nous avons décidé de faire appel à nos connaissances personnelles. Ce lien entre chercheur et personnes interrogées a pu altérer la neutralité nécessaire au recueil et à l'analyse des données.

Le recrutement sur la base du volontariat peut laisser penser que les médecins ayant accepté de participer à notre étude étaient plus sensibles à la question de la pratique de la gynécologie en médecine générale.

### c) Liées aux conditions de réalisation des focus groupes et de l'entretien individuel :

Lors des focus groupes, certains médecins se connaissaient ce qui a pu altérer leur liberté de parole par crainte d'être jugés par leurs confrères ou consœurs. Le troisième focus groupe a rassemblé 4 médecins faisant partie du même bassin de santé et du même groupe de pairs. Cette proximité a pu altérer la quantité et la pluralité des données recueillies.

Le fait que notre directrice de thèse, animatrice dans les trois focus groupes, connaisse certains médecins interrogés et soit associée à l'un d'entre eux a pu constituer un biais dans le recueil des données.

## II. A propos des résultats

Nous nous sommes inspirées de la théorisation ancrée pour l'analyse des données, faisant évoluer notre théorie selon les données empiriques recueillies. En prenant du recul et en nous demandant comment nous pouvions mettre en relation nos différentes catégories (30), nous avons vu émerger le concept d'enquête policière, que nous développons dans la discussion. Nous avons mis en parallèle les médecins interrogés qui pourraient être comparés à des témoins, les femmes qui échappent au dépistage sont proposées comme des « victimes », le CCU est défini comme le coupable, et le FCU comme un bouclier utilisé pour protéger les « victimes ».

### A) L'enquête préliminaire

#### 1) Le CCU, ce coupable méconnu

Le CCU est au deuxième rang des cancers chez la femme dans le monde en terme d'incidence, et au premier rang en terme de mortalité, principalement dans les pays en voie

de développement (12). La mise en place d'un programme de dépistage dans les pays développés a considérablement réduit le nombre de ses victimes.

En France, le nombre de nouveaux cas de cancer du col de l'utérus recensés en 1975 est de 5992 contre 3387 en 2000 (31) et près de 3000 en février 2018 (3). Entre 1982 et 1992, le CCU est passé du troisième au septième rang des cancers chez la femme en France (31), et il est actuellement au onzième rang (5) (32). Cette diminution de l'incidence est en partie liée à la mise en place des programmes de dépistage par FCU dans les années 1960. La diminution de l'incidence est de 2,5% par an entre 1980 et 2012 avec une mortalité qui diminue de 3,2% par an pendant la même période.

L'évocation des chiffres d'incidence et de mortalité en France ont provoqué deux types de réactions chez les médecins interrogés. Certains ont été choqués en apprenant que 3 personnes mourraient du CCU chaque jour en France, alors que d'autres relativisaient ces chiffres en comparaison à d'autres cancers.

Il semblerait que maintenant que le CCU fait moins de victimes en France, certains médecins et patientes ont tendance à oublier à quel point il peut être meurtrier. Aussi, le CCU est l'un des seuls cancers pour lequel le pronostic se dégrade (taux de survie à 5 ans en diminution : 68% en 1989/1993, 62% en 2005/2010) (7). Pourtant, 90% des CCU pourraient être évités grâce au FCU (3).

## 2) Le dépistage par frottis cervico-utérin, un bouclier efficace

### a) Un bon rapport coût-efficacité, mais des recommandations peu suivies

Les médecins s'accordaient sur l'efficacité du dépistage du CCU qui est considéré comme le dépistage de cancer ayant le meilleur rapport coût-efficacité dans le monde (33).

Malgré cette efficacité démontrée, le taux de couverture du dépistage du CCU est estimé à 61,2% en France (34). Dans l'étude de 2005 sur le programme de dépistage français : historique et modalités de J-L Leroy et J. Gondry, il est estimé que 20 à 30% des femmes n'ont jamais eu de FCU (35).

Les recommandations sur le FCU (un FCU tous les 3 ans après 2 FCU normaux à un an d'intervalle) sont peu respectées. Il est estimé que cet intervalle est respecté dans seulement 7,9% des cas chez les femmes de 25 à 65 ans. La HAS montre dans son rapport de 2010 qu'environ 52% des femmes seraient trop peu dépistées (intervalle entre 2 FCU supérieur à 3ans) et 40% des femmes seraient au contraire trop dépistées (36). Les patientes suivies par un gynécologue bénéficieraient d'un FCU tous les 21 mois (29).

Selon une enquête de la CEE de 1990, l'augmentation de la fréquence des FCU serait un souhait des femmes participant au dépistage puisque 40% des participantes réclament un FCU annuel alors qu'elles ne sont que 15% à vouloir un FCU tous les 3 ans (35).

Fort de ces constats et compte-tenu de la faible sensibilité du FCU, de l'ordre de 57% selon la méta-analyse de Fahey et de Nanda (29), on pourrait se demander s'il ne faudrait pas en augmenter sa fréquence. Pourtant, l'étude de l'agence de recherche internationale sur les cancers (IARC) faite en 1985 révèle que 93% des CCU peuvent être évités si le FCU est réalisé de façon annuelle contre 91% si le FCU est fait tous les 3 ans (37) chez les patientes de 20 à 64 ans. L'étude de l'IARC de 2005 confirme ces résultats avec respectivement 93,5% de CCU évités si le FCU est fait de façon annuelle, contre 90,8% si le FCU est fait tous les 3 ans chez les patientes de 35 à 64 ans.

Si le compte rendu du FCU révèle la présence d'une dysplasie, une colposcopie sera effectuée pour réaliser des biopsies. Ces biopsies peuvent, après examen anatomopathologique, révéler des lésions précancéreuses, appelées CIN (néoplasies cervicales intra-épithéliales). Le taux de transformation d'une CIN 1 en cancer invasif à 10 ans est de 1%, 1,5 à 7% pour les CIN 2, et 5 à 12% pour les CIN3. Cette lenteur d'évolution permet que la fréquence triennale du FCU soit normalement suffisante pour dépister ces transformations (38).

L'âge de l'entrée dans le dépistage est également sujet à controverse. En France, environ 10% des FCU réalisés chaque année le sont chez des femmes de moins de 25 ans(39). Selon les travaux d'évaluation des pratiques professionnelles sur les données des bases médico-administratives françaises réalisés entre 2007 et 2013, 35,5% des femmes âgées de 20-24ans avaient eu au moins un FCU dans les 3 dernières années en 2013 (39).

L'étude de l'IARC de 1985 montre une réduction d'incidence des CCU non significative selon que le dépistage soit débuté à 20 ans ou à 25 ans (91% contre 90% respectivement) (37). La réduction d'incidence baisse significativement à 78% si le dépistage est débuté à 35 ans.

L'âge de l'arrêt du dépistage ne fait pas l'unanimité, les données retrouvées dans la littérature étant parfois contradictoires. Cette discordance se retrouve dans l'attitude des MG où il apparaît dans une étude qualitative réalisée en 2009 qu'ils arrêtent le dépistage entre 55 et 75 ans, certains d'entre eux ne l'arrêtant même jamais (17).

Dans une étude française rétrospective portant sur 53644 femmes, il est révélé que des lésions cancéreuses et précancéreuses peuvent être découvertes après l'âge de 65 ans (14,2

% de FCU pathologique et 1,4 % de FCU évocateur de cancer), et qu'un tiers des CCU sont diagnostiqués après 65 ans (40). Ces résultats corroborent ceux de l'étude américaine menée par Karin Rosenblatt qui démontre que le pronostic est plus sévère en cas de CCU après 65 ans (41).

A contrario, l'étude écossaise de Duncan émet l'hypothèse d'un raccourcissement de la durée de surveillance chez les femmes ayant toujours été bien suivies et n'ayant jamais eu de FCU anormal, et propose d'arrêter les FCU à 55 voire 50 ans (42). Les femmes n'ayant pas d'antécédent de FCU anormaux ont moins de risque de développer une anomalie après 50 ans par rapport à celles ayant un antécédent de FCU anormal (risque relatif de 4,39). Cette information est à pondérer car 1,8% des femmes n'ayant eu que des FCU normaux, peuvent développer des anomalies cytologiques après 50 ans (42).

Pour l'instant l'Union européenne recommande de poursuivre le dépistage jusqu'à au moins 60 ans (37). L'espérance de vie augmentant, et la période d'activité sexuelle se prolongeant, l'âge limite d'arrêt du dépistage du CCU sera peut être amené à changer dans les années à venir.

Les études nous montrent que les recommandations actuelles ont un bon rapport cout/efficacité. Il n'y a pas de perte de chance pour la grande majorité de la population incluse dans le dépistage du CCU si le FCU n'est débuté qu'à l'âge de 25 ans et si le FCU n'est réalisé que de façon triennale. Il y a de rares cas de CCU à croissance rapide pour lesquels les FCU sont pris en défaut. Ces exceptions ne doivent pas faire perdre de vue l'efficacité du dépistage du CCU par FCU en termes de réduction de l'incidence et de la mortalité dans les pays où ce dépistage a été mis en place.

Nous pensons que ces informations chiffrées doivent être communiquées à l'ensemble des professionnels de santé concernés par le dépistage des CCU ainsi qu'à l'ensemble de ses effecteurs afin qu'ils soient convaincus et rassurés de suivre les recommandations.

#### b) Un dépistage qui pourrait être amélioré

La faible sensibilité des FCU ont amené les chercheurs à trouver d'autres moyens permettant de dépister les CCU.

D'après une méta-analyse des études européennes publiée en novembre 2013 par Ronco, le test HPV est nettement plus sensible que le dépistage cytologique pour l'identification des lésions de haut grade et du CCU (sensibilité de l'ordre de 96%). Le risque d'apparition de CIN3 ou de cancer invasif du col utérin après un test HPV négatif est significativement

plus bas qu'après un FCU négatif. La protection assurée par un test HPV négatif a une durée nettement supérieure au dépistage cytologique, ce qui pourrait permettre d'augmenter la fréquence du dépistage à un rythme tous les 5 ans (43).

Mais le test HPV est moins spécifique (plus de faux positifs) que le FCU car il détecte plus de lésions transitoires qui n'évolueront pas. Le nombre de faux positifs est plus important chez les patientes jeunes entre 30 et 35 ans. Les études montrent que le test HPV a un effet protecteur sur l'incidence des cancers invasifs clairement supérieur à celui du FCU, mais cet avantage n'a pas été démontré chez les patientes de moins de 30 ans (43).

L'introduction du test HPV à l'avenir permettrait d'augmenter la sensibilité du dépistage du CCU chez les patientes de plus de 30 ans et permettrait de diminuer le coût de ce dépistage en diminuant le rythme de dépistage à tous les 5 ans.

### B) Repérage des victimes potentielles

Nous proposons ci-dessous un inventaire de « portraits robots » des femmes échappant au dépistage et victimes potentielles du CCU, construits à partir du témoignage et de l'expérience des MG ayant participé à notre enquête.

#### 1) Les patientes à partir de la quarantaine: les principales victimes

Les femmes ménopausées ont été identifiées comme étant une population échappant au dépistage.

Les MG interrogés observaient que certaines avaient comme idée reçue que tout s'arrête après la ménopause, ce qui semblait influencer leur comportement. Ce ressenti est retrouvé dans la littérature « à partir du moment où les femmes n'ont plus besoin de contraception, elles cessent de consulter des gynécologues. Elles pensent, à tort, que comme elles sont ménopausées leur utérus dort et qu'elles ne sont donc pas à risque » comme le relève Muriel Fender, médecin en santé publique et directrice de l'association Eve, pour la prévention du CCU (44).

Les patientes de plus de 45 ans échappent de façon plus significative au dépistage comparées aux femmes moins âgées, comme le confirme une étude française de 2014 portant sur 13177 femmes (45) ; et être âgée de plus 50 ans constitue un des principaux facteurs de non-participation au dépistage du CCU aux Etats-Unis, selon une revue de la littérature sur des articles de langue anglaise publiés entre 2003 et 2011 (46).



Le taux de couverture du dépistage du CCU en France chute en-dessous de 50% chez les patientes de plus de 50 ans (36). Pourtant l'âge médian au diagnostic en 2012 est de 51 ans, et l'âge médian au décès de 64 ans (38).

Dans une étude de l'Inpes de 2003, 35,7% des médecins interrogés déclarent que leurs patientes âgées de 50 à 60 ans n'ont pas eu de FCU dans les 3 dernières années (47). Ces résultats corroborent ceux d'une enquête française réalisée en 2010 auprès de 600 médecins généralistes, montrant que 28% des médecins s'arrêtent de préconiser le dépistage avant 65 ans et 11% ne recommandent plus la réalisation du FCU après la ménopause (14).

Un des moyens mis en avant par les médecins dans notre étude était de créer une consultation ménopause. Cet argument est repris dans l'étude de l'Inpes, avec un tiers des médecins pensant que le FCU s'inscrit dans une consultation dédiée à la ménopause (47).

## 2) Les jeunes femmes

Les jeunes mamans ont été mentionnées comme étant une population réfractaire dans notre étude. Les médecins interrogés citaient comme principaux facteurs de non participation le manque de temps pour venir consulter sans leurs enfants, dont la présence était ressentie par les praticiens comme une gêne pour leur proposer le FCU.

Cette population de patientes est peu retrouvée dans la littérature comme étant une population ne participant pas au dépistage. Par contre il est retrouvé que les femmes jeunes ont peu de connaissances sur le FCU et ne le considèrent pas comme un examen de dépistage. La non perception de l'intérêt préventif de cet examen conduit à une absence de consultation (48).

Les MG interrogés percevaient un manque de disponibilité chez les jeunes femmes pour s'occuper de leur suivi médical et venir en consultation dans le seul but de réaliser leur FCU. Ils suggéraient de les rattraper lors de divers événements de vie où les jeunes femmes sont amenées à les consulter, comme une grossesse par exemple. Le taux de couverture des femmes enceintes, supérieur à celui de la population générale (76%) (12), tend à montrer qu'à cette période de leur vie, les femmes adhèrent plus facilement au suivi gynécologique

## 3) Les patientes ne prenant pas de contraception

Elle était d'abord vue comme un outil, puisque les médecins pouvaient profiter d'un renouvellement d'ordonnance pour aborder le suivi gynécologique, et donc le dépistage du CCU. Elle était également un moyen pour rattraper les jeunes femmes non participantes, le

gynécologique pouvant être abordé par les médecins lorsque le motif de la consultation était une initiation, un renouvellement ou un changement de contraception.

Mais elle était également perçue comme un frein au dépistage. En son absence, les médecins admettaient ne plus penser au dépistage du CCU. Les femmes ne prenant pas ou plus de CO étaient décrites comme réfractaires au dépistage, souvent parce qu'elles associaient prise de contraception et suivi gynécologique. Certaines pensaient que c'était la pilule qui donnait le cancer, et d'autres ne consultaient leur gynécologue que pour renouveler leur contraception et étaient donc « contraintes » d'accepter l'examen gynécologique. Elles étaient soulagées d'échapper à cette « corvée » dès qu'elles arrêtaient leur contraception.

En ce sens, une étude de 2008 sur les « facteurs associés à une pratique insuffisamment fréquente du FCU chez des femmes ayant accès au système de soins » menée sur 1186 femmes vivant en Rhône-Alpes retrouve une augmentation du risque relatif de 5,35 d'être sous-dépistées chez les femmes n'ayant jamais pris de contraception. (49)

De même, une étude menée par l'INCa sur la caractérisation des femmes non participantes au dépistage du CCU retrouve que si 28% des femmes sous contraception orale n'ont pas fait de FCU dans les 4 dernières années, ce chiffre s'élève à 43% pour les femmes ne prenant pas de CO. (50)

Alors que le CNGOF associe la prise de contraception orale à une augmentation du risque relatif de développer un CCU de 1,2 à 5 ans de prise (51), on pourrait se demander si le taux de participation au dépistage du CCU ne serait pas fortement diminué sans CO (Puisque l'incitation au dépistage vient le plus souvent à l'occasion d'une consultation faite dans le cadre d'un suivi de contraception). (33)

Les MG de notre étude proposaient de s'affranchir de la corrélation faite entre contraception et suivi gynécologique en informant les patientes sur le risque de développer un CCU même en l'absence de contraception, et en mettant à disposition des médecins d'autres leviers que le renouvellement d'une CO pour penser au suivi gynécologique de leurs patientes.

#### 4) Les autres victimes

##### a) Les patientes homosexuelles

Dans notre étude il est apparu que certains médecins ignoraient que le HPV pouvait être transmis en l'absence de pénétration sexuelle et ne proposaient donc pas le dépistage à leurs patientes lesbiennes. L'étude anglaise de H.J Henderson en 2009 révèle que 10% des participantes avaient reçu d'un médecin l'information de ne pas faire de FCU en raison de leur homosexualité (52). En Angleterre plus de 27% des femmes homosexuelles ne comptent pas participer au dépistage contre seulement 15% de la population féminine anglaise, et pourtant les profils de risque de CCU sont identiques quel que soit l'orientation sexuelle des patientes (52).

##### b) Les patientes ayant un faible niveau socio-économique

La population des patientes défavorisées sur le plan économique et social est également vulnérable devant le dépistage du CCU (12). Les médecins de notre étude admettaient qu'il était difficile pour cette population de se projeter vers l'avenir et donc d'adhérer à la prévention et au dépistage.

Le taux de couverture moyen des patientes bénéficiant de CMU en France est de 51%. Près de 15% des patientes ne participant pas au dépistage du CCU sont bénéficiaires de la CMU et 60% résident dans un lieu défavorisé (53). Une étude française de 2012 portant sur 1843 femmes révèle les inégalités face au dépistage du CCU. Ainsi, 45,4% des femmes n'ayant jamais réalisé de FCU n'avaient pas de couverture sociale contre 7,5% pour les femmes étant assurées sociales. Vivre dans un quartier défavorisé est un élément discriminant dans l'accès au dépistage avec 13,6% de femmes n'ayant jamais fait de FCU contre 5,1% pour des femmes vivant dans un quartier jugé aisé (54).

##### c) Les patientes ayant une maladie chronique

Les patientes ayant une ALD tendaient à échapper au dépistage d'après nos médecins interrogés. Les suivis et examens médicaux réguliers dans le cadre de leur maladie leur feraient oublier les actes de prévention et de dépistage.

Dans la littérature, cette notion est retrouvée mais les résultats sont très hétérogènes en fonction des ALD retenues. Pour l'ensemble des femmes en ALD, le taux de couverture moyen est de 58%. Pour les patientes diabétiques ce taux est bien inférieur avec une couverture moyenne de 41,4% en 2015, et 60% de ces patientes n'avaient pas réalisé de FCU dans les 4 dernières années (12). Ces résultats doivent cependant être pondérés, car

les chiffres mentionnés correspondent aux données de l'EGB de l'assurance maladie et ne prennent pas en compte ceux réalisés en milieu hospitalier.

### C) Les obstacles à une meilleure adhésion au dépistage du CCU

#### 1) Freins venant des médecins généralistes

Même si les médecins généralistes semblent être au premier plan pour repérer les victimes potentielles, en réalité certains obstacles les empêchent de se consacrer à cette mission.

##### a) Le manque de temps

Les médecins interrogés avançaient le manque de temps comme l'un des principaux obstacles au suivi gynécologique des patientes.

Une étude publiée par un site de rendez-vous en ligne en 2016 sur l'activité de 2480 généralistes retrouve en moyenne 22 consultations de 17 minutes par jour. Seulement 3% des rendez-vous sont pris pour un motif gynécologique. Pour le reste des femmes, les médecins devraient parler du dépistage en plus de leur motif initial de consultation, ce qu'ils n'ont pas le temps de faire, surtout quand on sait qu'une consultation sur 5 est motivée par une urgence. Le site identifie d'ailleurs des pics d'activité dans l'année, pendant lesquels les généralistes peuvent voir jusqu'à 30 patients par jour. (55)

Les médecins ont beaucoup de choses à gérer : sur 50 heures de travail hebdomadaires, seules 31h sont consacrées aux consultations, et 19h à « d'autres tâches », que l'on peut supposer être des tâches administratives (55).

##### b) Le manque de connaissances

Notre étude a également pointé un manque de connaissances de certains médecins sur la physiopathologie du CCU et les recommandations du dépistage. Ils ne savaient pas forcément qu'on pouvait être contaminé par le HPV sans pénétration, ni l'âge limite où l'on arrête le dépistage. Une étude de l'INCa révèle d'ailleurs que seuls 18% des MG préconisent l'entrée dans le dépistage à partir de 25 ans (28% le préconisent après le premier rapport sexuel), et 53% continuent de le proposer après 65 ans (14). Cela peut s'expliquer par le fait qu'il est parfois difficile d'arrêter de proposer un examen qui a toujours été proposé, et que certaines femmes ont le désir de poursuivre même après l'âge recommandé.

### c) Le manque de cohésion MG - gynécologues

Le manque de cohésion entre les MG et les gynécologues était regretté. Les MG déploraient ne pas recevoir une copie des résultats des FCU ou de courrier, rendant difficile leur rôle de coordinateur des soins. La situation ne semble pas s'être améliorée depuis le rapport de l'INCa de 2007, qui citait déjà « des relations complexes avec les gynécologues » (33).

### d) Autres obstacles retrouvés

- Des problèmes matériels : table non adaptée, rémunération insuffisante, absence de coursiers pour venir chercher le FCU
- Une carence de formation en gynécologie
- Des patientes réticentes : annulation des rendez-vous, etc.
- Un malaise éprouvé par certains médecins pour aborder le sujet de la gynécologie.
- L'oubli

Nos résultats coïncident avec les résultats trouvés dans la littérature (17) (33), ce qui est presque alarmant sachant que certaines données remontent à 2007 et que la situation ne semble pas avoir beaucoup évolué.

## 2) Freins des victimes potentielles

### a) Le manque de connaissances

Comme pour certains médecins, les tranches d'âge du dépistage et le rythme de réalisation des FCU étaient flous pour les patientes. Beaucoup semblaient croire que le suivi gynécologique était dépendant d'une prise de contraception ou d'une activité sexuelle, et devait prendre fin à la ménopause. Cette impression est confirmée par une étude de 2010 menée sur la vision qu'ont les femmes sur le suivi gynécologique, où les femmes situent le début du suivi au même moment que la première prise de contraception et sa fin après la ménopause.

Toujours selon cette étude, certaines patientes ne se sentaient pas concernées, liant ce suivi à leur période d'activité génitale et pensant qu'après la ménopause les cancers gynécologiques ne les concernaient plus. Certaines femmes jeunes, elles, pensaient que rien ne pouvait leur arriver.

La différence de discours sur le FCU entre les généralistes et les gynécologues déconcertait les patientes. Bien que les généralistes réalisent moins de FCU (11% des FCU contre 80%

pour le gynécologue) (56), ils suivent plus souvent les recommandations. 26% des femmes dépistées tous les 3 ans avaient fait leur FCU chez un MG, contre seulement 6% chez les femmes dépistées tous les ans (56). Les femmes suivies par un gynécologue ont un FCU tous les 21 mois (29).

#### b) Appréhensions et réticences

Certaines patientes semblaient réticentes à réaliser leur suivi gynécologique chez leur médecin traitant (48). Dans une étude s'intéressant au ressenti des patientes quant à la réalisation du FCU par leur MG, seules 20% des patientes l'estimaient suffisamment formé pour assurer leur suivi gynécologique (11). Cependant, elles seraient confrontées à de longs délais pour obtenir un rendez-vous chez le gynécologue. En effet, pour assurer une couverture suffisante, il faudrait théoriquement plus de trois gynécologues pour 10 000 femmes âgées de 25 à 65 ans. En 2010 en France, ce seuil n'était pas atteint pour au moins 19 départements (1).

La peur du résultat ou de l'examen gynécologique s'ajoutait à ces réticences, et était évoquée par les MG et dans différentes études anglaises (57). La peur de l'examen gynécologique pouvait provenir d'une expérience passée traumatisante ou d'antécédents de violences sexuelles.

60% des patientes considèrent l'examen gynécologique comme gênant (57) : gêne pour aborder le sujet avec le médecin, et aussi suscitée par la nudité, le vieillissement du corps, la position pour l'examen et l'idée d'intrusion (48). Les médecins de notre étude voyaient des femmes refuser l'examen car elles n'étaient pas épilées ou n'avaient pas de sous-vêtements assortis. Il fallait que les MG rassurent ces patientes quant à leur apparence, en les assurant qu'ils n'étaient pas là pour juger ou pour « contrôler » leur intimité mais qu'ils étaient là pour pratiquer un acte médical à visée de dépistage.

Pour finir, il ne faut pas oublier le frein économique, dû à l'impossibilité pour certaines d'avancer les frais ou d'avoir un reste à charge.

Les résultats de notre étude coïncident avec les obstacles retrouvés dans la littérature de référence (36) (1) (12).

## D) Les moyens proposés par les MG pour tenter d'améliorer le taux de couverture

### 1) Moyens pour aider les témoins

#### a) Informers et sensibiliser les médecins

Une idée proposée était de tenter de remotiver les MG en leur donnant les chiffres de morbi-mortalité du CCU, un « portrait-robot » des victimes potentielles échappant au dépistage, et les aider dans leur démarche d'information par le biais de campagnes publiques, d'affiches ou de dépliants.

Une fois les médecins sensibilisés, ils pourraient aborder l'importance du suivi gynécologique quel que soit le motif de consultation, comme le suggèrent des patientes dans l'étude qualitative sur la vision qu'ont les femmes sur le suivi gynécologique « En parler quand on y va, même par exemple pour une simple grippe. Le proposer, c'est plus facile quand c'est le docteur qui le propose » (48).

Si un programme de dépistage organisé (DO) est mis en place, les médecins souhaiteraient recevoir une information sur les résultats du DO, son éventuelle efficacité, ainsi que sur les chiffres concernant leur propre activité (taux de couverture, nombre de FCU réalisés, pourcentage de cytologies anormales...).

Les MG interrogés dans notre étude ont semblé sensibles aux informations que nous leur avons données sur le CCU et sur son dépistage. Les focus groupes ont pu avoir pour effet d'entraîner la remise en question de certains médecins par rapport à leur implication dans le dépistage du CCU, et ceux dont ce n'était pas la préoccupation principale ont pu montrer leur désir d'améliorer leur pratique.

#### b) Mieux repérer les patientes réfractaires

Les médecins de notre enquête ont insisté sur la nécessité d'être systématique, de mettre à jour les dossiers médicaux, afin de diminuer l'échappement au dépistage du CCU.

Pour aider les MG dans leur rôle de prévention, plusieurs propositions ont été faites, comme de créer une consultation de prévention remboursée par la CPAM, bénéficier d'un temps de secrétariat dédié (pour repérer les non-participantes et pourquoi pas leur envoyer un mail), ou coopérer avec des infirmières ASALEE.

Une meilleure communication entre les acteurs de soin semblait essentielle pour repérer plus facilement les femmes échappant au dépistage.

Les médecins interrogés souhaitent recevoir le compte rendu anatomo-pathologique des FCU réalisés par les gynécologues, qu'il leur soit mis à disposition un moyen de connaître la date du dernier FCU des patientes (sur la carte vitale ou à travers l'instauration du DMP), ou que la CPAM leur envoie un listing des patientes échappant au dépistage.

### c) S'impliquer dans le dépistage

Les médecins interrogés dans notre travail de recherche et l'étude menée sur la généralisation du dépistage du CCU (12) insistent sur la place primordiale du médecin traitant dans ce dépistage. Le plan cancer 2014-2019 appuie la nécessité de « Renforcer le rôle du médecin traitant dans l'initiation, la réalisation et le suivi du dépistage ». (8)

Les MG ont mis en avant dans notre étude leur rôle primordial dans l'information et l'éducation des patientes sur le CCU. Cela pouvait passer par des dépliants à laisser dans la salle d'attente, par des schémas explicatifs, par des consultations dédiées à la prévention et au dépistage ou par l'instauration d'une « saison du FCU » propre à chaque cabinet.

La commodité et l'accessibilité de faire son FCU chez les MG est un argument récurrent dans la littérature, ainsi il semblerait évident pour certains généralistes de proposer cet acte. De plus, un certain nombre de femmes se sentent plus à l'aise avec leur médecin traitant qu'elles connaissent, et apprécient que leur suivi gynécologique soit intégré à leur suivi médical général. (48)

Dans une enquête menée par l'INCa en 2010 sur les MG et les dépistages des cancers, la pratique du FCU est déclarée par un médecin sur deux. Le profil type du médecin est une femme (67 %), de moins de 45 ans (57 %), travaillant en cabinet de groupe (57 %), et en milieu rural (67 %). (14) On retrouve également cet effet du genre marqué dans une étude menée en 2014-2015 sur l'implication des MG dans le suivi gynécologique des patientes dans les Pays de la Loire, dans laquelle les analyses multivariées montrent des écarts hommes-femmes allant du simple au double en ce qui concerne les examens du col, les touchers vaginaux et les FCU. (58)

Pour ceux ne se sentant pas à l'aise pour réaliser le FCU de leurs patientes, s'enquérir de leur suivi gynécologique serait déjà un moyen de s'investir dans le dépistage. En effet, étant au plus proche contact des patientes, il semble qu'ils soient les mieux placés pour aborder le sujet du dépistage du CCU. Dans l'enquête de l'INCa précédemment citée, 45 % des MG déclarent vérifier systématiquement la réalisation du dépistage du CCU. Là encore, le réflexe est plus présent chez les femmes (55 %) et les médecins de moins de 45 ans (54 %). (14)



Ces résultats sont sûrement à nuancer puisqu'une enquête menée sur 117 femmes dans le Val d'Oise en 2011 montre que le dernier FCU a été réalisé par un gynécologue dans 90,0 % des cas, dans un laboratoire d'analyses (9,1 %) ou par une sage-femme (0,9 %) mais aucun par un MG. De plus, moins d'un frottis sur dix a été prescrit par un MG et, selon la majorité des femmes interrogées (64,1 %), aucun généraliste n'avait jamais abordé la question de ce dépistage en consultation. (13)

Globalement, on retrouve dans la littérature qu'en moyenne 10% des FCU sont réalisés par les généralistes (1). En effet, bien qu'une enquête française réalisée en 2010 auprès de 600 MG révèle que 79% déclarent être particulièrement convaincus de l'efficacité du dépistage du CCU, seulement 49% pensent avoir un rôle « indispensable » dans ce dépistage. (14)

Si jusqu'alors la médecine générale était pratiquée essentiellement par des hommes déléguant le suivi gynécologique de leurs patientes aux gynécologues, on peut penser qu'avec la féminisation de la médecine générale et la raréfaction du nombre de gynécologues, les MG auront à l'avenir un rôle plus important à jouer dans ce dépistage.

#### d) Renforcer le rôle du système de santé publique

##### d1) Un dépistage pour l'instant en désaccord avec les recommandations européennes

La conception d'un programme de dépistage comme intervention de santé publique s'est formalisée dans les années 1970-80 pour les cancers.

En 1993, la première édition des European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening (Coleman et al, 1993) recommandait aux pays européens d'adopter le DO. En 2003, c'était au tour du conseil de l'Union européenne de recommander le DO pour 3 cancers : col de l'utérus, sein et côlon (59).

Les programmes de DO ont un impact supérieur au dépistage individuel (atteinte d'un taux de participation supérieur, amélioration de l'équité, mesures d'assurance qualité, etc.) (37)

Les dépistages individuels sont souvent caractérisés par un taux de couverture élevé chez une partie de la population qui bénéficie même d'un sur-dépistage, coexistant avec un faible taux de couverture chez les populations défavorisées. Ce système favorise les inégalités et a un mauvais rapport coût-efficacité (37).

C'est ce qui se passe en France, où le dépistage du CCU est jusqu'à présent individuel, fondé sur une conférence de consensus de 1990 et sur les recommandations de l'Anaes de

2002 et 2004 et de la HAS de 2010 (16). Le DO a cependant été testé dans 13 départements (13% de la population) depuis 2010, reposant sur un modèle commun d'invitations et de relances. Les résultats étaient prometteurs : le taux de participation était amélioré de 12 à 13 points en moyenne dans ces départements. (60)

#### d2) Vers une généralisation du dépistage organisé

Le Plan cancer 2014-2019 s'est donné pour objectif de lutter contre les inégalités via un programme national de DO. Il prévoit de réduire l'incidence et le nombre de décès par CCU de 30 % à 10 ans, ainsi que d'augmenter le taux de couverture du dépistage dans la population cible à 80 % (8), en visant notamment un meilleur respect des recommandations de bonnes pratiques (dont le rythme triennal du FCU).

Dans un tableau récapitulatif des modes de dépistage à travers 15 pays européens et de leurs taux de couverture (38), nous pouvons vérifier que les pays ayant recours au dépistage organisé ont un taux de couverture allant de 65% à 79%. En revanche, les taux de couverture dans les pays ayant opté pour un DI vont de 47% à 60%. Le DO semble donc être supérieur en terme de participation au dépistage du CCU, et l'étude médico-économique conduite par l'INCa en 2016 sur la généralisation du dépistage du CCU en France (61) montre que toutes les stratégies de DO testées permettent de réduire l'incidence et la mortalité liées au CCU (de 13 à 26%), et de passer d'un taux de couverture dans la population cible de 61% à 71 (12).

L'adoption d'un programme de DO du CCU en France a été actée par l'arrêté du 4 mai 2018. Le DO ciblera les patientes n'ayant pas participé au dépistage spontané dans les 3 dernières années, en les invitant à consulter un effecteur de FCU.

Le DO n'est pas cependant le seul outil pour améliorer le taux de couverture du dépistage du CCU. Une étude du GRED (Groupe de réflexion éthique et déontologique) sur la généralisation du dépistage (38), qui comparait l'incidence du CCU entre 1988 et 2012 dans divers pays européens, montrait que certains pays ayant opté pour un DI avaient obtenu une baisse d'incidence du CCU plus importante que certains pays avec un DO.

En France, le taux de participation au DI du CCU (61,2%) est plus important que ceux observés pour le cancer du sein et le cancer du colon, où le dépistage est déjà organisé. Sur la période 2016-2017, on observait un taux de participation de 49,9 % des femmes pour le DO du cancer du sein, auquel il fallait ajouter environ 10% de mammographies spontanées ; et de 33,5 % pour le dépistage du cancer colorectal (62).

## 2) Au niveau des patientes

Les MG sont certes l'une des pièces, mais n'oublions pas que les patientes peuvent elles aussi tenter de sortir du statut de « victimes » en prenant en main leur dépistage.

### a) Informier et éduquer les patientes

Même sur invitation, les femmes pourraient ne pas participer si elles ne comprennent pas les enjeux de ce dépistage. Il faudrait, comme le proposaient les médecins de notre étude, coupler ce DO à d'autres démarches pour être les plus efficaces possibles.

La notion la plus abordée au cours des focus groupes était l'information et l'éducation des patientes. Les médecins pensaient qu'il fallait les informer sur l'utilité du FCU, son efficacité et ses suites éventuelles, ainsi que les éduquer sur leur anatomie et sur la physiopathologie du HPV. Cela permettrait de rendre les patientes actrices de leur dépistage, en décidant après une information éclairée de se faire suivre ou pas.

Dans une étude sur la vision qu'ont les femmes du suivi gynécologique (48), la principale piste d'amélioration évoquée était la demande d'information, par le biais de publicités, d'affiches, de réunions d'informations, ou d'interventions de prévention dans les écoles. Une bonne communication sur le CCU et sur le FCU permettrait de délier les langues sur ce sujet parfois considéré comme tabou de par sa connotation sexuelle.

Informier les femmes, c'était aussi leur faire connaître la possibilité de réaliser leur FCU chez les MG. En effet, certaines femmes se dirigent vers un gynécologue à défaut de proposition par leur MG, ou parce qu'elles ignorent qu'il peut faire ce suivi. Si le sujet n'est pas abordé par le MG, elles n'osent pas toujours le faire elles-mêmes, mais elles seraient prêtes à réaliser leur FCU chez leur MG si celui-ci leur proposait (48). Dans une étude publiée dans une revue de santé publique en 2013, 36% des femmes seulement savaient qu'un MG pouvait réaliser cet acte (13).

### b) Contourner leurs réticences

Pour convaincre les patientes, les médecins ont souligné l'importance de faire un travail sur l'examen gynécologique pour le banaliser, et de les rassurer quant à leur apparence. Fermer la porte à clé ou ne pas assister au déshabillage ont été évoqués comme des moyens de pallier la gêne ressentie.

Diversifier l'offre de prélèvement pourrait aussi améliorer l'adhésion, permettant d'éviter les délais trop longs des gynécologues et décharger les MG n'ayant pas le temps ou l'envie

de réaliser les suivis gynécologiques. Citons par exemple les laboratoires, ou les sages-femmes qui peuvent réaliser les FCU depuis 2009 et les anatomo-cytopathologistes, mais aussi le planning familial.

## CONCLUSION

Ce travail de recherche qualitative a permis dans un premier temps d'identifier, au travers de l'expérience des médecins généralistes, les patientes non participantes au dépistage du CCU. Les principales populations réfractaires au dépistage identifiées étaient les femmes âgées de plus de 40-50 ans. L'arrêt de la contraception jouait un grand rôle dans la perte de vue de ces patientes. Ces femmes, n'ayant plus de contraception, pouvaient penser selon les médecins que le suivi gynécologique était obsolète. Les médecins, n'ayant plus la consultation de contraception pour les aider à penser au FCU, auraient tendance à oublier de dépister ces patientes. Les MG ont soulevé d'autres populations réfractaires et facteurs de risque de non participation au dépistage du CCU, que nous avons synthétisés dans des « portraits robots ».

Le point commun de ces populations réfractaires était leur manque de connaissances. Tout au long de l'enquête, les MG ont mis en avant l'importance d'informer et d'éduquer leurs patientes sur le CCU et sur le FCU, car ils estimaient que les femmes n'accepteraient le dépistage qu'à condition d'avoir compris à quoi il servait. Cela permettrait aussi de responsabiliser les patientes, qui pourraient devenir « actrices de leur santé » en décidant, après une information éclairée, de participer ou non au dépistage.

Les outils permettant d'informer les patientes pouvaient être des affiches, des dépliants, des campagnes de sensibilisation menées dans les cabinets, ou des consultations de prévention dédiées. D'autres moyens cités par les MG pour améliorer l'adhésion des patientes étaient de réaliser le FCU dans les meilleures conditions possibles, après avoir rassuré les patientes sur son déroulement, et de leur proposer un accompagnement dans la lecture des résultats.

Les MG exprimaient le besoin d'être eux-mêmes mieux accompagnés, en étant mieux informés sur les chiffres de morbi-mortalité du CCU ou davantage formés au geste du FCU et à son suivi. Pour les aider à repérer les patientes échappant au dépistage, ils auraient souhaité recevoir un listing des patientes non participantes ou des documents récapitulant les principales caractéristiques des femmes réfractaires.

Les MG reconnaissaient leur rôle d'information et assuraient vouloir occuper une place centrale dans le dépistage du CCU, mais insistaient sur la nécessité d'une plus grande implication des pouvoirs publics. Ils auraient souhaité que les patientes puissent bénéficier de messages sur le dépistage en dehors des cabinets de médecine générale, par le biais de campagnes publiques sur le dépistage du CCU ou l'envoi d'un rappel tous les 3 ans aux

patientes pour qu'elles réalisent leur FCU, via le dépistage organisé, qui devrait entrer en vigueur en France dans le courant de l'année 2018. Il sera intéressant d'étudier son impact sur le taux de couverture par FCU, ainsi que sur l'incidence et sur la mortalité par CCU en France.

Vu  
Toulouse le 21/08/2018

  
Le Président du Jury  
Professeur Pierre MESTHÉ  
Médecine Générale

Toulouse, le 21/08/2018

Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
de Médecine Purpan  
D. CARRIE



## **BIBLIOGRAPHIE**

1. HAS, Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France, synthèses et recommandations, juillet 2010.
2. INCa, Les cancers en France édition 2015, avril 2016. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers>
3. INCa, Dépistage du cancer du col de l'utérus : le frottis cervico-utérin, 2018. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-depistage-par-frottis-cervico-uterin>
4. Jéhaninn-Ligier K. et Al, Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017. Rapport technique. Saint Maurice: santé publique France, 2017. 47-48.
5. INCa, Projection d'incidence et de mortalité par localisation cancéreuse en 2017. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Themes/epidemiologie/Incidence-mortalite-nationale/Projection-d-incidence-et-de-mortalite-par-localisation-cancereuse-en-2017#ind25902>
6. INCA, Le frottis de dépistage : informer et orienter vos patientes, 2018. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Orienter-vos-patientes>
7. INCa, Les cancers en France - Édition 2016 , juin 2017. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Les-cancers-en-France-Edition-2016>
8. INCa, Objectif 1 : Favoriser des diagnostics plus précoces - Les 17 objectifs du Plan. Février 2014. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs/Les-17-objectifs-du-Plan/Objectif-1-Favoriser-des-diagnostics-plus-precoces>
9. Östensson E et al. Barriers to and Facilitators of Compliance with Clinic-Based Cervical Cancer Screening: Population-Based Cohort Study of Women Aged 23-60 Years. Plos One 2005 ; 10 (5) : 1-19
10. Ricoup A. Comment le médecin traitant peut-il améliorer la participation des femmes au dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis cervico-utérin ? Thèse de médecine Université de Brest 2015.
11. Lucie Leroy, Ressenti des femmes sur le FCU et sa réalisation par le MG, Thèse de médecine Université Paris Est Créteil 2014.
12. INCa, Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus / étude médico-économique / Phase 1, 2015. Disponible sur <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Generalisation-du-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-etude-medico-economique-Phase-1>
13. Bernard E, Saint-Lary O, Haboubi L, Breton JL. Dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances et participation des femmes. Santé Publique. 6 août 2013;25(3):255-62.

14. INCa, Médecins généralistes et dépistage des cancers, 2011. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Medecins-generalistes-et-depistage-des-cancers>
15. Alain Moreau, s'appropriier la méthode des focus groups, la revue du praticien, 2004 ; 18 (645) : 382-384
16. Arrêté du 4 mai 2018 relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus | Legifrance [Internet]. [cité 23 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/5/4/SSAP1811940A/jo/texte>
17. Badet-Phan A, Moreau A. 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*. 18 janv 2013;43(4):261-8.
18. Pia Touboul, Recherche qualitative : la méthode des focus groupes, Département de santé publique du CHU de Nice. Disponible sur: [https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus\\_Groupes\\_methodologie\\_PTdef.pdf](https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf)
19. Couturier A. Le dépistage du cancer du col de l'utérus en médecine générale: stratégie actuelle et motivations. Une enquête auprès des médecins généralistes de l'Eure. Thèse de médecine Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen, 2018
20. Bernard-Granger S. Connaissances des femmes sur les moyens de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus. Mémoire de maïeutique, UFR médecine de Grenoble, 2014.
21. Compagnon. Ressenti des femmes sur le frottis cervico-utérin et sa réalisation par le médecin généraliste. Thèse de médecine Université Paris Créteil Est, 2014
22. Marie Blanckaert, Obstacles à la réalisation du frottis cervico utérin en médecine générale : étude qualitative chez les femmes non dépistées consultant en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais, Thèse de médecine, Université de Lille, 2012
23. Rolland M. Analyse des obstacles rencontrés par les femmes dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis cervico-utérin lors d'une enquête qualitative réalisée à Brest de juin à septembre 2014. Mémoire de maïeutique, UFR médecine de Brest, 2015
24. Charlotte SQUIMBRE, obstacles à la réalisation du frottis cervico utérin en médecine générale : étude qualitative chez les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais, Thèse de médecine, Université de Lille, 2012
25. Armand A. 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. Thèse de médecine Université Paul Sabatier Toulouse 2016
26. El Miftah kecha atika , précarité et dépistage du cancer du col de l'utérus: regard croisé des femmes bénéficiaires de la CMU et des médecins généralistes en Meurthe et Moselle. Thèse de médecine université de Lorraine 2017
27. Invs, Déterminants socio-économiques de vaccination et de dépistage du cancer du col par frottis cervico-utérins (FCU) / 2016. Disponible sur :



- <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2016/Determinants-socio-economiques-de-vaccination-et-de-depistage-du-cancer-du-col-par-frottis-cervico-uterin-FCU>
28. Beck F, Gautier A. Baromètre cancer 2010. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2012 : 215-222
  29. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. sept 2005;34(5):513.
  30. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cah Rech Sociol. 1994;(23):147-81.
  31. Bernard Blanc, Le Dépistage Du Cancer Du Col De L'uterus, Springer-Verlag, 2005
  32. Incidence projetée en 2017 par localisations cancéreuses chez la femme et l'homme - Nombre de cas, taux standardisé monde, contribution et rang. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Themes/epidemiologie/Incidence-mortalite-nationale/Projection-d-incidence-et-de-mortalite-par-localisation-cancereuse-en-2017/Incidence-projetee-en-2017-par-localisations-cancereuses-chez-la-femme-et-l-homme-Nombre-de-cas-taux-standardise-monde#donnees>
  33. INCa, Etat des lieux du dépistage du cancer du col utérin en France, mars 2007.
  34. INCa, L'Institut national du cancer publie l'essentiel des faits et chiffres des cancers en France en 2017 – mars 2018
  35. Leroy J-L, Gondry J. Le programme de dépistage français : historique et modalités. In: Le dépistage du cancer du col de l'utérus [Internet]. Paris: Springer-Verlag; 2005 :69-80.
  36. Haute Autorité de Santé - Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus, juin 2013. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1623735/fr/depistage-et-prevention-du-cancer-du-col-de-l-uterus](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1623735/fr/depistage-et-prevention-du-cancer-du-col-de-l-uterus)
  37. Arbyn M, International Agency for Research on Cancer, éditeurs. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. 2. ed. Luxembourg: Office for Official Publ. on the Europ. Communities; 2008: 291 (Europe against cancer).
  38. INCa, Généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus : quel cadre éthique ? - Préconisations du Groupe de réflexion sur l'éthique du dépistage (GRED) 2017. Disponible sur <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Generalisation-du-depistage-organise-du-cancer-du-col-de-l-uterus-quel-cadre-ethique-Preconisations-du-Groupe-de-reflexion-sur-l-ethique-du-depistage-GRED>
  39. Bourdillon F, Ifrah N. Éditorial. Dépistage du cancer du col de l'utérus : des évaluations pour mieux l'organiser. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(2-3):24-5
  40. Meyer R, Lemay A-L, Guy X, Giraud C, Mathevet P, Flori M. Existe-t-il un intérêt à poursuivre les frottis de dépistage du cancer du col utérin après 65 ans ? Étude rétrospective sur 53 644 femmes. Bull Cancer (Paris). 1 avr 2012;99(4):409-15.
  41. Banducci S. Pap screenings linked to less cervical cancer in elderly women, juillet 2016. Disponible sur: <https://news.illinois.edu/view/6367/381239>

42. Flannelly G, Monaghan J, Cruickshank M, Duncan I, Johnson J, Jordan J, et al. Cervical screening in women over the age of 50: results of a population-based multicentre study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 111(4):362-8.
43. Patrice Mathevet. Actualités sur le dépistage et la prévention des infections à VPH dans le cadre des cancers du col utérin . *Revue Médicale Suisse*, 2015 ; 492 (11) : 1999-2002
44. L'Express, Cancer du col de l'utérus: « Se faire dépister n'est pas toujours la priorité » 2017. Disponible sur: [https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/cancer-du-col-de-l-uterus-se-faire-depister-n-est-pas-toujours-la-priorite\\_1872715.html](https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/cancer-du-col-de-l-uterus-se-faire-depister-n-est-pas-toujours-la-priorite_1872715.html)
45. Sicsic J, Franc C. Obstacles to the uptake of breast, cervical, and colorectal cancer screenings: what remains to be achieved by French national programmes? *BMC Health Serv Res.* 4 oct 2014;14:465-477.
46. Limmer K, LoBiondo-Wood G, Dains J. Predictors of Cervical Cancer Screening Adherence in the United States: A Systematic Review. *J Adv Pract Oncol.* 2014;5(1):31-41.
47. Gautier A. Baromètre santé, médecins-pharmaciens 2003. Saint-Denis: Éditions INPES; 2007.
48. Ariane Gambiez-Joumard, approche des femmes sur la vision des femmes sur le suivi gynécologique systématique et les difficultés éprouvées pour le frottis cervico utérin, *exercer* 2011;98:122-8
49. Oussaid N, Lutringer-Magnin D, Barone G, Haesebaert J, Lasset C. Factors associated with Pap smear screening among French women visiting a general practitioner in the Rhône-Alpes region. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2013 Oct;61(5):437-45
50. Barré S. Caractérisation des femmes ne réalisant pas de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin en France. *Bull Epidemiol Hebd.* 2017 ;(2-3): 39-47
51. CNGOF, Facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers, 2010-2011. Disponible sur <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item139/site/html/cours.pdf>
52. Henderson HJ. Why lesbians should be encouraged to have regular cervical screening. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 1 janv 2009;35(1):49-52.
53. INCa, Les cancers en France en 2016 : l'essentiel des faits et chiffres. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Actualites-et-evenements/Actualites/Les-cancers-en-France-en-2016-l-essentiel-des-faits-et-chiffres>
54. Grillo F, Vallée J, Chauvin P. Inequalities in cervical cancer screening for women with or without a regular consulting in primary care for gynaecological health, in Paris, France. *Prev Med.* mars 2012;54(3-4):259-65.
55. Sophie Martos, 22 consultations par jour de 17 minutes en moyenne : comment travaillent les généralistes, mai 2017 . Disponible sur [https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2017/05/02/22-consultations-par-jour-de-17-minutes-en-moyenne-comment-travaillent-les-generalistes\\_847151](https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2017/05/02/22-consultations-par-jour-de-17-minutes-en-moyenne-comment-travaillent-les-generalistes_847151)
56. Inpes, Baromètre cancer 2010. Inpes, coll. Baromètres santé, 2012 : 215-222

57. Waller J, Bartoszek M, Marlow L, Wardle J. Barriers to cervical cancer screening attendance in England: a population-based survey. *J Med Screen*. 12 janv 2009;16(4):199-204.
58. ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. (2016). Suivi gynécologique : implication des médecins généralistes des Pays de la Loire. N°15. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. 8 p
59. INCa, Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus, juin 2013 . Disponible sur <http://www.cancer-environnement.fr/Portals/0/Documents%20PDF/Rapport/INCa/FR-Prevention-depistage-cancer-col-uterus-2013%5B1%5D.pdf>
60. Nathalie Beltzer, Résultats finaux de l'évaluation du dépistage du cancer du col de l'utérus organisé dans 13 départements en France, 2010-2014. *Bull Epidemiol Hebd*. 2017 ; (2-3) : 26-31
61. Barré S. Évaluation médico-économique du dépistage du cancer du col de l'utérus en France, *Bull Epidemiol Hebd*. 2017 ; (2-3) : 48-58
62. Invs , Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal , 2016-2017. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2016-2017>

## ANNEXES

### Annexe 1 : Ce qui nous a marqué

- « Le cancer du col c'est quand même un truc un peu obscur » M15 ;
- « Si elles montrent leur col, c'est moins vendeur » M13 ;
- « Une IST que tout le monde va rencontrer, ou presque tout le monde. Et qu'on va pister, et dépister » M22
- « Déjà qui sait ce que c'est son col » M15
- « Autant le frottis, ben Pfff. C'est pour vérifier que tout va bien » M20
- « Je pense qu'elles pensent que c'est la pilule qui donne le cancer du col » M4
- « Tu veux dire qu'il n'y a pas besoin de pénétration pour avoir un HPV? » M10
- « Je ne sais plus qu'elle est la limite, 72 ans ? 70 ans ? Un truc comme ça » M22
- « Tant qu'on a une contraception, on est suivi par le gynéco ; après c'est fini » M4
- « Elles ont l'impression qu'à 50 ans la vie s'arrête, qu'on n'a plus besoin de s'occuper d'elles » M20
- « Oh les frottis j'en ai fait quand j'étais jeune, maintenant j'ai plus envie d'en faire » M22
- « Chez certaines femmes la ménopause est une rupture brutale » M13
- « Il faut introduire le frottis dans le questionnaire de tous les jours » M7
- « Les rendre actrices de leur examen » M22 « replacer les gens au centre de leur santé » M9
- « Elles sont étonnées que nous les généralistes nous puissions le faire » M6
- « C'est loin de mes préoccupations » M2
- « Peut être que les non-participantes sont les non informées » M19
- « Je pense qu'il y a un manque quand même d'information et de transparence concernant le frottis » M22
- « Les femmes ne prendront l'initiative de s'occuper de leur frottis et de penser à le faire tous les trois ans qui si elles ont compris à quoi ça sert » M22
- « Il faut les informer encore et encore » M17
- « Il faut que les messages arrivent de partout, et qu'ils soient audibles » M8
- « Beaucoup plus facile de faire un dépistage quand la patiente est déjà au courant et déjà informée » M9



## **ANNEXE 2 : Guide d'entretien initial**

### **I/- Pratique**

1) Concernant le suivi gynécologique de vos patientes, comment faites-vous ?

→ Relance 1 (=R1) : Comment faites-vous en pratique pour savoir si vos patientes sont à jour de leur suivi gynécologique ?

→ Relance 2 (=R2) : Et plus particulièrement au niveau du dépistage du cancer du col de l'utérus ?

→ Relance 3 (=R3) : Quels sont vos outils dans le dossier médical pour y penser ?

### **II/- Rôle du médecin généraliste**

2) Comment décririez-vous votre rôle en tant que médecin généraliste dans le dépistage du cancer du col de l'utérus ?

→ R1 : Que pensez-vous de la faisabilité de cet acte en médecine générale ?

→ R2 : Selon vous quelle place a le FCU dans la pratique de médecine générale ?

### **III/- Expérience personnelle du dépistage**

3) Quelle est votre expérience personnelle concernant l'attitude de vos patientes face au dépistage du cancer du col de l'utérus ?

→ R1 : Plus précisément, quels sont les facteurs favorisant ou limitant que vous avez rencontré pour les convaincre de participer au dépistage du cancer du col de l'utérus ?

→ R2 : Quels types de populations vous ont semblé les plus réfractaires ?

4) Quelles stratégies éventuelles utilisez-vous pour repérer ces femmes non participantes ?

5) Quelles stratégies auriez-vous mis en œuvre pour contourner ces freins ?

### **IV/- Moyens supplémentaires à mettre en œuvre : les pistes d'amélioration**

6) Selon vous, comment sensibiliser les médecins à l'importance de ce suivi ?

→ Relance (=R) : Qu'envisageriez-vous comme outils supplémentaires pour améliorer le recrutement des patientes ? Que proposeriez-vous ?

7) Comment faire en pratique pour sensibiliser les patientes à l'importance de ce dépistage et aux risques du cancer du col de l'utérus ?

→R : Qu'est ce que vous pourriez envisager pour sensibiliser vos patientes à ce dépistage ?

## **ANNEXE 3 : Guides d'entretien modifiés**

Légende : - en bleu : les ajouts à la fin du premier focus groupe  
- en rouge : les ajouts à la fin du deuxième focus groupe

### **I/- Pratique**

1) Concernant le suivi gynécologique de vos patientes, comment faites-vous ?

→ Relance 1 (=R1) : Comment faites-vous en pratique pour savoir si vos patientes sont à jour de leur suivi gynécologique ?

→ Relance 2 (=R2) : Et plus particulièrement au niveau du dépistage du cancer du col de l'utérus ?

→ Relance 3 (=R3) : Quels sont vos outils dans le dossier médical pour y penser ?

### **II/- Rôle du médecin généraliste**

2) Comment décririez- vous votre rôle en tant que médecin généraliste dans le dépistage du cancer du col de l'utérus ?

→ R1 : Que pensez-vous de la faisabilité de cet acte en médecine générale ?

→ R2 : Quelle est la place du FCU dans la pratique d'un médecin généraliste ?

### **III/- Expérience personnelle du dépistage**

3) Quelle attitude remarquez-vous chez vos patientes quand vous abordez le dépistage du cancer du col de l'utérus ?

→ R1 : Quels facteurs facilitent l'adhésion des femmes au frottis cervico-utérin ?

Et quels sont les facteurs limitant que vous avez identifiés ?

→ R2 : Quels types de populations vous ont semblé les plus réfractaires ?

4) Quelles stratégies éventuelles utilisez-vous pour repérer ces femmes non participantes ?

5) Quelles stratégies avez-vous ou pourriez-vous mettre en œuvre pour contourner ces freins ?

→ R1 : Comment convaincre les populations réfractaires ?

→ R2 : Comment contourner la gêne, la peur du résultat, le manque d'information des patientes ?

#### **IV/- Moyens supplémentaires à mettre en œuvre : les pistes d'amélioration**

6) Selon vous, comment sensibiliser les médecins à l'importance de ce suivi ?

7) Qu'envisageriez-vous comme outils supplémentaires pour améliorer le recrutement des patientes ? Que proposeriez-vous ?

8) Comment faire en pratique pour sensibiliser les patientes à l'importance de ce dépistage et aux risques du cancer du col de l'utérus ?

→R : Qu'est ce que vous pourriez envisager pour sensibiliser vos patientes à ce dépistage ?

Modification après le deuxième focus groupe : avec ajout d'une conclusion :

#### **V/ - Conclusion**

9) En un mot que reteniriez-vous des femmes non participantes au dépistage par frottis cervico-utérin ?



## **ANNEXE 4 : Consentement de participation à une étude médicale**

Je soussigné(e), Monsieur ou madame Prénom.....  
Nom.....

Certifie avoir reçu et compris toutes les informations relatives à ma participation et avoir eu un délai de réflexion avant de consentir à participer à l'étude médicale « Comment améliorer l'adhésion des patientes échappant au dépistage du cancer de l'utérus par frottis cervico-utérin: propositions des médecins généralistes. »

Accepte un enregistrement audio-phonique des entretiens. Celui-ci sera détruit dès la fin du travail. Cette étude médicale est réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine générale soutenue par Bénédicte Marill et Alison Rouzières interne en médecine générale à la faculté de médecine de Toulouse-Rangueil

Fait en double exemplaires à ..... Le .....

Signature

## **ANNEXE 5 : Information pour participation à une étude médicale**

Dans le cadre de la thèse que nous devons réaliser au cours de nos études nous réalisons un travail de recherche médicale :

«Comment améliorer l'adhésion des patientes échappant au dépistage du cancer de l'utérus par frottis cervico-utérin: propositions des médecins généralistes. »

Pour mener à bien cette recherche, nous avons besoin de recueillir des données par le biais de **focus groupes** et c'est la raison pour laquelle nous vous avons contacté.

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- Que votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat
- Que vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez, sans en supporter aucune responsabilité
- Que vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions qui vous seront posées
- Que les données recueillies seront traitées de manière confidentielle ; et que si elles devaient être utilisées pour donner lieu à une publication, elles seraient anonymes
- Qu'à tout moment vous pouvez avoir accès aux données vous concernant
- Que nous nous tenons à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail une fois le recueil des données effectuées
- Que les éventuels enregistrements seront détruits dès la fin des travaux

Cette recherche est réalisée dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques et de la législation nationale en vigueur.

Les données de santé vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation scientifique de la recherche. Elles seront transmises dans des conditions garantissant leur confidentialité, c'est-à-dire de manière **anonymisée**. En vertu des articles 39, 40 et 56 de la loi n° 78-17 du 06 Janvier 1978 modifiée par la loi 2004-801 du 06 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pourrez exercer vos différents droits dont celui d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition concernant la levée du secret médical auprès du médecin qui vous propose de participer à la recherche. Par ailleurs, conformément à l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique, les données de santé vous concernant peuvent vous être communiquées par le médecin de la recherche et pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé, à d'autres entités de cet organisme, responsable de l'étude.

Fait en double exemplaires à ..... Le.....

Signature

## Annexe 6 : Questionnaire à remplir par les médecins

-Numéro d'anonymat (Ex : médecin 1) :

-Sexe :  féminin  masculin

- Age :  moins de 30 ans  30 à 45 ans  45 à 60 ans  plus de 60 ans

- Pratique :

- cabinet de  groupe  seul

- consultation dédiée à la gynécologie :  oui  non

Si oui, fréquence des consultations:  pluri-quotidienne  quotidienne  hebdomadaire

mensuelle  moins d'une fois par mois

Quelle part de votre activité est consacrée à la gynécologie ?  Moins de 10%  entre

10 et 30%  30 à 50%  plus de 50%

- Type d'exercice :  urbain  semi-rural  rural

- Département et ville d'exercice :

.....

- Maîtres de stage :  oui  non

Si oui, êtes-vous maître de stage  gynécologie/pédiatrie  autre

- Participation à des FMC :  oui  non

- DU de gynécologie :  oui  non

Ou participation à d'autres formations complémentaires en gynécologie :  oui  non

Si oui quel type de formation ?

.....

## Annexe 7 : Talon sociologique

	Sexe	Tranche d'âge	Mode de pratique	Consultation dédiée à la gynécologie	Si oui, fréquence	Type d'exercice	Département	Maitre de stage	Participation aux FMC	DU de gynécologie	Participation à formations gynécologie
<b>M2</b>	M	45-60	Groupe	Non	-	Urbain	31	Oui	Oui	Non	Non
<b>M3</b>	F	30-45	Groupe	Oui	Quotidienne	Urbain	31	Non	Oui	Non	Non
<b>M4</b>	F	45-60	Groupe	Oui	Pluri-quotidienne	Semi-rural	31	Oui, GP	Oui	Non	Oui, DPC
<b>M5</b>	F	30-45	Groupe	Oui	Quotidienne	Semi-rural	31	Non	Oui	Non	Non
<b>M6</b>	F	>60 ans	Seul	Oui	Hebdomadaire	Urbain	31	Non	Oui	Non	Non
<b>M7</b>	M	>60 ans	Seul	Non	-	Urbain	31	Non	Oui	Non	Non
<b>M8</b>	M	30-45	Groupe	Non	-	Urbain	31	Oui	Oui	Non	Non
<b>M9</b>	F	30-45	Groupe	Oui	Pluri-quotidienne	Semi-rural	31	Non	Oui	Non	Non
<b>M10</b>	F	45-60	Groupe	Oui	Quotidienne	Semi-rural	31	Oui	Non	Non	Non
<b>M11</b>	M	45-60	Groupe	Non	-	Semi-rural	82	Oui	Oui	Non	Non
<b>M12</b>	F	< 30 ans	Groupe	Oui	Mensuelle	Semi-rural	82	Non	Non	Non	Non
<b>M13</b>	M	45-60	Groupe	Oui	Hebdomadaire	Semi-rural	31	Oui	Oui	Non	Oui, FMC gestes techniques
<b>M14</b>	F	<30ans	Groupe	Oui	Quotidienne	Semi-rural	31	Non	Oui	Débuté	Non
<b>M15</b>	F	30-45	Groupe	Oui	Pluri-quotidienne	Semi-rural	31	Oui, GP	Oui	Non	Oui, congrès
<b>M16</b>	F	30-45	Groupe	Non	-	Urbain	31	Oui	Oui	Non	Non
<b>M17</b>	F	45-60	Seul	Oui	Hebdomadaire	Urbain	31	Oui	Oui	Non	Oui, FMC gestes techniques
<b>M18</b>	F	30-45	Groupe	Oui	Hebdomadaire	Urbain	31	Oui	Oui	Non	Non
<b>M19</b>	F	30-45	Groupe	Oui	Hebdomadaire	Semi-rural	31	Oui, GP	Oui	Non	Non
<b>M20</b>	F	30-45	Groupe	Oui	Hebdomadaire	Semi-rural	31	Oui, GP	Oui	Non	Non
<b>M21</b>	F	30-45	Groupe	Oui	Hebdomadaire	Semi-rural	31	Oui, GP	Oui	Oui	Non
<b>M22</b>	F	45-60	Centre de planification	Oui	Exclusivement gynéco	D'urbain à rural	31	Oui, GO	Oui	Oui	Non

## **Annexe 8 : Exemple d'un contexte d'énonciation**

### Contexte d'énonciation du focus groupe N°2

#### I. Le cadre

Nous faisons ce focus groupe dans le cabinet médical où exerce 3 des médecins interrogés. L'ambiance est conviviale, nous partageons un repas ensemble avant de débiter l'enregistrement.

Certains médecins se connaissent car ils font partie du même bassin de santé et parce qu'ils reçoivent les mêmes internes au cours de leur stage de praticien niveau 1 chez le médecin généraliste.

Le groupe de médecins est assez hétérogène en termes d'âge et de pratique de la gynécologie.

#### II. Le déroulement

L'entretien a duré une heure et demie. 7 médecins étaient présents.

M10 a mis quasiment 10 minutes avant de prendre pour la première fois la parole.

M12 a été plutôt discrète tout au long de l'entretien mais ses remarques apportaient un regard nouveau car elle venait tout juste de s'installer.

L'humour était de rigueur dans cet entretien. A plusieurs reprises les médecins ont employé l'ironie.

Nous avons été assez interloquées par l'attitude de M10 qui a eu un long fou rire au cours du focus groupe. Cet élément a été déroutant et nous a empêchés d'être aussi attentives que nous l'aurions souhaité pour analyser les dires des médecins et noter les expressions non verbales.

M15 a apporté une vraie valeur ajoutée au focus groupe, faisant les relances qu'il fallait, comblant les moments de silence et poussant les autres médecins à aller au bout de leurs raisonnements et de leurs idées.

#### III. Les idées fortes

Ce focus groupe nous a apporté des idées nouvelles par rapport au premier focus. Des notions pour certaines très intéressantes et pour d'autres surprenantes.

le CCU est moins photogénique que le cancer du sein, c'est moins vendeur

- certains médecins pensaient qu'il fallait une pénétration sexuelle pour avoir un risque d'infection à HPV
- interrogation sur le fait qu'un HPV soit systématiquement impliqué en cas de CCU
- nouvelles populations réfractaires identifiées : les patientes homosexuelles, les patientes de moins de 65 ans en EHPAD, les patientes handicapées
- éduquer très tôt les patientes notamment avec l'aide du vaccin anti-HPV
- rattraper les mamans quand elles viennent faire vacciner leur fille contre le HPV
- responsabiliser les patientes
- une fois informées, libre choix aux patientes de se faire dépister ou pas
- déléguer les tâches administratives
- avoir une personne dédiée au dépistage dans les cabinets
- l'importance à l'avenir du DMP
- le gynécologue pense être le médecin traitant de la femme
- le MG une des pièces : rôle des sages-femmes et des infirmières ASALEE
- les médecins femmes délèguent les gestes techniques à leurs associés hommes
- importance du temps de déshabillage pour contourner la gêne
- les patientes veulent être prêtes physiquement pour faire l'examen gynécologique
- s'inspirer des pratiques canadiennes avec l'utilisation de tentes, proposer aux patientes de faire le FCU en position chien de fusil

## Annexe 9 : extrait d'une retranscription de focus groupes

**M2** : après c'est relativement simple. Moi je vois, je me mets des notes, pour les diabétiques etc. sur mon logiciel, y a des notes, tu mets une alerte, comme « allergie pénicilline machin truc, coloscopie à faire »... Mais c'est vrai que moi, la gynéco, c'est pas trop mon truc, vous avez compris.

*Tout le monde rigole*

**M4** : moi je regarde dans le dossier, donc comme je regarde à chaque fois... Puis souvent,... Alors soit effectivement, « la prochaine fois on le fera, il faudra revenir pour ça, ou si vous avez le temps, on le fait maintenant ». Mais... Comme c'est noté dans le dossier... Puis comme je scanne le résultat... Par contre, quand elles sont suivies par un gynéco, je demande à ce qu'elles m'envoient, ou qu'elles m'apportent les résultats, heu... Et on met dans le dossier, et on a toujours accès aux résultats et à la date, du coup. Après y en a toujours qui sont réticentes hein ! Alors effectivement, là ça pose une question. Comment les convaincre si elles ne veulent pas le faire, ça c'est un grand sujet.

**M6** : On le retrouve toujours, puisqu'on a scanné les résultats. On retrouve le frottis, la mammo vite fait. Puis lors de renouvellements de pilules aussi, on peut poser la question. Il y a des jeunes filles qui veulent un an, deux ans de pilule bientôt ! Pas vrai ? (*invective les autres*)

**M3** la tempère: un an.

**M6**, insiste: Du moins un an. Mais pendant un an, elles font rien (*agacée*) ! Vous leur dites" vous avez vu un gynéco". « Ah non » ! donc... C'est compliqué

**M3** : Mais je pense effectivement qu'on propose quand même beaucoup plus aux femmes qui ont une contraception, ou qui... Voilà. Je pense que celles qui passent un peu à travers le filet, c'est celle qui ne viennent jamais pour des motifs gynécologiques. Soit parce qu'elles sont ménopausées, qu'il n'y a pas spécialement de soucis, ou qu'il y en a tellement d'autres à côté que ça devient secondaire. C'est vrai que celles qui viennent pour la pilule, je pense qu'en général, elles sont pas très réticentes.

**M4** la coupe : Moi je pense surtout que le problème, c'est que dans la tête des femmes, il faut faire un frottis parce qu'on prend la pilule (*rigole, navrée*). Je pense qu'elles n'ont pas compris... Enfin, souvent,... C'est pour ça qu'après, quand elles sont ménopausées « vous allez chez la gynéco ? » « bah non ça sert plus à rien puisque je n'ai plus contraception ». Et c'est là qu'il faut vraiment les récupérer toutes celles-là, justement. Parce qu'il faut leur expliquer, à quoi ça sert vraiment le frottis. Parce que dans leur tête, c'est ça hein ! Tant qu'on a une contraception, on est suivi par le gynéco ; après c'est fini et ça sert plus à rien. Bah je sais pas, en les interrogeant, y a beaucoup de femmes, dans leur tête c'est ça hein!

*Murmure d'approbation général*

**M2** : la contraception et la vie sexuelle aussi. Quand elles ont moins de vie sexuelle, les filles se sentent moins concernées. J'ai surtout l'impression que c'est un peu ça, quand

même.

**M4** le coupe: Moi je trouve au contraire, d'un point de vue sociétal, au contraire, y a beaucoup de femmes après 50 ans ou autres, qui refont leur vie. Et celles-ci aussi, il ne faut pas les rater. Rires. Qui changent de partenaire, qui... Moi c'est ce que j'ai l'impression de voir.

**M5** : moi je suis d'accord. Elles ne savent pas à quoi sert un frottis. Elles pensent que c'est un prélèvement, parce que quand je leur propose un prélèvement vaginal "ah mais j'ai fait le frottis chez le gynécologue! ». Bah non en fait c'est pas pareil, ça recherche pas... et là je leur explique, et souvent elles savent pas à quoi ça sert, quoi.

**M4** : je pense qu'elles pensent que c'est la pilule qui donne le cancer du col. Parce qu'elles associent pilule et frottis.

**M3** renchérit : moi effectivement je pense qu'elles ne savent pas à quoi ça sert le frottis, souvent...

**M6** : les femmes qui refont leur vie, souvent, elles se surveillent, quand même hein! ! Un petit peu, au départ.

**M5** la coupe : Oui, au départ.

**M6** : Au départ, parce qu'elles ont peur d'avoir des maladies, que le conjoint leur en donner une, donc...elles font attention celles-là. Ça dure peut-être pas longtemps, mais pendant une dizaine d'années, certaines font attention. Moi je suis frappée quand même, par le nombre de jeunes filles qui ont eu des frottis anormaux. Mais c'est énorme, vous êtes d'accord ?

**M4** hoche la tête: ah oui ! Moi je rejoins... M6. (*rigole*)

**M6** : Puis elles vous le disent comme ça, « moi j'ai eu une conisation, c'est rien ». Ah bon, d'accord... Elles vous le sortent comme ça, enfin vous je ne sais pas, mais... Moi je suis assez frappée ! (*consternée*)

**M2** ironique: moi c'est pire, je reçois le compte rendu de la conisation. C'est comme ça que je l'apprends. C'est encore mieux, on débarque complètement. Donc la fois suivante, on leur dit « alors au fait, ça s'est bien passé conisation ? ». « Comment vous êtes au courant ? ». Il n'y a que le gynéco qui doit être au courant. Non non, c'est curieux hein?

**M4** : alors, pour répondre à ta question, moi je n'ai pas d'outils dans mon logiciel (*rigole*) . Qui va me dire, qui va me mettre une petite «ah ça fait trois ans !» (*d'une voix chantonnante*). Rires de M4, M5, et M6



## Annexe 10 : Extrait du codage

Thème	Sous thème	Code	Verbatim focus 1	Verbatim focus 2
Patientes âgées, difficile!	Plus de suivi gynéco après 50 ans	Les femmes plus âgées ont peur du FCU	M6 "Elles ont peur"	
		La population des femmes de 50 à 74 ans est celle qui pose le plus soucis	M6 "Le problème là c'est les femmes qui sont plus âgées. 50 – 74"	
		Beaucoup de femmes ne vont plus voir de gynéco après 50 ans	M7 "plein de femmes qui n'allaient plus voir leurs gynécos après 50 ans." M7: "si vous voulez, le problème[...] qu'il y a plein de femmes qui de 50 à 60 ans ne vont plus voir leur gynéco du tout."	
		Beaucoup de femmes de plus de 50 ans ne vont plus chez les gynécos car elles n'ont plus de contraception	M7 "plus voir leurs gynécos après 50 ans." M4 acquiesce : "oui oui oui, parce qu'il n'y a plus de contraception "	
		A partir de 40 -50 ans, le suivi devient moins régulier		M15 ". À partir de 40 – 45 – 50 ans, là c'est beaucoup moins évident, j'ai l'impression qu'on est moins dans la régularité du suivi"
		A partir de 40 ans, suivi moins régulier car les femmes sont débordées		M15 "Il y a la vie qui fait que, on est débordé, il y a le boulot"
		Médecin répond à un autre médecin qui trouve ça très simple de faire des frottis, qu'il y a quand même une population plus âgée pour laquelle ça n'est pas du tout évident		M15 ".... Parce que tu dis « c'est très simple, c'est très évident », mais moi j'ai l'impression qu'il y a quand même une partie des patientes plus âgées, ou là, le frottis ça ne tombe pas sous le sens"
		Frottis pas évident chez les patientes plus âgées		M15 "patientes plus âgées, ou là, le frottis ça ne tombe pas sous le sens. Et après 60 ans..."
		Problème du suivi gynécologique après 60 ans		M15: "Et après 60 ans..."
		Les autres femmes font le FCU plus difficilement	M6 "Mais les autres, c'est plus difficile"	
	Femmes de plus de 40 ans = une population réfractaire			
	Médecins oublient de dépister les femmes de plus de 50 ans	Médecin pouvant oublier la question du suivi gynécologique chez les patientes de plus de 50 ans <del>qu'elle ne suit pas</del>		
		Médecin ne demande pas aux femmes de plus de 50 ans si elles sont à jour niveau gynéco	M2: Moi je les vois mais je ne leur demande pas quand est ce qu'elles ont fait leur dernier frottis.	
		Les MG perdent les patientes de plus de 50 ans n'ayant plus de contraception		
		Plus difficile de penser au suivi gynécologique chez les femmes n'ayant plus de contraception		
		Les femmes au-delà de 50 ans n'ont pas de contraception		M10 "Alors effectivement à partir de 50 ans, elles n'ont pas de contraception "



Figure 2: Les portraits-robots des principales victimes du dépistage du CCU

---

**Comment améliorer l'adhésion des patientes au dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico utérin : propositions des médecins généralistes**

**Contexte :** Chaque année en France, près de 3000 cas de CCU invasifs sont diagnostiqués et 1100 patientes en meurent. 90% des cancers du col de l'utérus pourraient être évités grâce au dépistage par frottis cervico utérin mais le taux de couverture actuel n'est que de 61,2% **Objectif :** Recueillir les propositions de médecins généralistes améliorer l'adhésion des patientes au FCU .

**Matériel et méthode :** Etude qualitative réalisée par 3 focus groupes semi-dirigés auprès de 21 médecins généralistes et un entretien individuel auprès d'un ancien médecin généraliste travaillant au planning familial.

**Résultats :** Plusieurs propositions ont été faites afin d'impliquer davantage les médecins généralistes, les patientes et les pouvoirs publics. Les médecins interrogés suggéraient de sensibiliser les MG sur le cancer du col de l'utérus et les inciter à demander systématiquement à leurs patientes la date de leur dernier FCU, même si elles venaient pour un autre motif de consultation ou si le médecin ne faisait pas lui-même de suivi gynécologique. Concernant les femmes, ils soulignaient l'importance de les éduquer sur l'utilité et l'efficacité FCU, ainsi que de réaliser le FCU dans les meilleures conditions possibles. Quant aux pouvoirs publics, les MG émettaient le souhait de campagnes de communication nationales, ainsi que la mise en place d'un dépistage organisé.

**Conclusion :** L'information des médecins et l'éducation des patientes sur le CCU et le FCU sont les principales propositions qui ont émergées de notre étude. Ces outils viendront en complément du dépistage organisé qui devrait être adopté dans le courant de l'année 2018.

**Mots clés :** dépistage, cancer du col de l'utérus, frottis cervico-utérin, médecine générale, étude qualitative

---

**How to improve patients adherence to cervical cancer screening by vaginal smears : general practitioners proposals**

**Background:** Every year in France, about 3000 cases of invasive cervical cancers are diagnosed and 1100 patients die of it. 90% of cervical cancers could be avoided thanks to cervical smears, but screening rate is only 61,2% currently in France.

**Objective:** Collect the general practitioners (GP) proposals to improve the patients adherence to vaginal smears.

**Method:** Qualitative study conducted through three semi-directed focus groups among 21 general practitioners and one individual interview of a former general practitioner working in family health care center.

**Results:** Several proposals were made to improve the involvement of general practitioners, women and health authorities. Regarding general practitioners, the interviewed doctors suggested raising awareness about cervical cancer and encouraging GP to systematically ask their patient for the date of their last smear, even if they came for another reason or if they did not practice gynaecological follow up themselves. Regarding women, they underlined the importance of educating them about the interest and effectiveness of cervical smear, as well as achieving the cervical smear in the best conditions. As for the health authorities, the GP wished national communication campaigns, as well as the establishment of organized screening.

**Conclusion:** The GPs information and patients education on the cervical cancer and the cervical smears are the main suggestions which emerged from our study. These tools will complement the national organized screening, which should be adopted in the course of 2018.

**Key words:** screening, cervical cancer, vaginal smear, qualitative study, general medicine

---

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Rangueil - 133 Route de Narbonne 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France.

Directrices de thèse : FRAY Isabelle et FREYENS Anne.

2018 TOU3 1075 et 2018 TOU3 1076