

Le point de vue des femmes sur la mise en place d'un dépistage national organisé du cancer du col de l'utérus. Étude qualitative auprès de femmes de Haute-Normandie

Delphine Graniou

▶ **To cite this version:**

Delphine Graniou. Le point de vue des femmes sur la mise en place d'un dépistage national organisé du cancer du col de l'utérus. Étude qualitative auprès de femmes de Haute-Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00836052

HAL Id: dumas-00836052

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00836052

Submitted on 20 Jun 2013

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

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

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE ROUEN

Année 2012-2013 N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement le 13 juin 2013

Par Delphine GRANIOU
Née le 7 avril 1983 à Saint Cyr l'école.

Le point de vue des femmes sur la mise en place d'un dépistage national organisé du cancer du col de l'utérus

Etude qualitative auprès de femmes de Haute-Normandie

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur François ROYER
Membres du jury : Monsieur le Professeur Pierre CZERNICHOW
Monsieur le Professeur Bertrand MACE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2012 - 2013

U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN :	Professeur Pierre FREGER
ASSESSEURS :	Professeur Michel GUERBET Professeur Benoit VEBER Professeur Pascal JOLY Professeur Bernard PROUST
DOYENS HONORAIRES :	Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET – C. THUILLEZ
PROFESSEURS HONORAIRES :	MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - M.BENOZIO-J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION -. DESHAYES - C. FESSARD – J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - Mle MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF -.TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno **BACHY**	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques **BENICHOU**	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul **BESSOU**	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise **BEURET-BLANQUART**	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy **BONMARCHAND**	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
M. Jean-François **CAILLARD** ***(Surnombre)***	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe **CHASSAGNE**	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Alain **CRIBIER** (***Surnombre)***	HCN	Cardiologie
M. Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
M. Pierre **CZERNICHOW**	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale

M. Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mme Danièle **DEHESDIN**	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean **DOUCET**	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard **DUBRAY**	CB	Radiothérapie
M. Philippe **DUCROTTE**	HCN	Hépato – Gastro - Entérologie
M. Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mle Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
M. Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
M. Pierre **FREGER**	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel **GODIN**	HB	Néphrologie
M. Philippe **GRISE**	HCN	Urologie
M. Didier **HANNEQUIN**	HCN	Neurologie
M. Fabrice **JARDIN**	CB	Hématologie
M. Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal **JOLY**	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc **KUHN**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry **LEQUERRE**	HB	Rhumatologie
M. Eric **LEREBOURS**	HCN	Nutrition
Mle Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
M. Hervé **LEVESQUE**	HB	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric **MALLET** ***(Surnombre)***	HCN	Pédiatrie
M. Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mle Isabelle **MARIE**	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul **MARIE**	HCN	ORL
M. Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
M. Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato - Gastro - Entérologie
M. Francis **MICHOT**	HCN	Chirurgie digestive

M. Bruno **MIHOUT** *(Surnombre)*	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves **MILLIEZ**	HCN	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
M. Jean-François **MUIR**	HB	Pneumologie
M. Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
M. Philippe **MUSETTE**	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
M. Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc **PERON**	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard **PROUST**	HCN	Médecine légale
M. François **PROUST**	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe **RICHARD** *(Mise en dispo)*	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace **ROMAN**	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato – Gastro
Mme Céline **SAVOYE – COLLET**	HCN	Imagerie Médicale
M. Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
Mle Florence **THIBAUT**	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
M. Christian **THUILLEZ**	HB	Pharmacologie
M. Hervé **TILLY**	CB	Hématologie et transfusion
M. François **TRON** *(Surnombre)*	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre **VANNIER**	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre **VERA**	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric **VERIN**	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier **VITTECOQ**	HB	Rhumatologie
M. Jacques **WEBER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy **BELLIEN**	HCN	Pharmacologie
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
M. Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Physiologie

Mme Sophie **CLAEYSSENS**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
M. Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mme Catherine **HAAS-HUBSCHER**	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
M. Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie **MARECHAL-GUYANT**	HCN	Neurologie
M. Thomas **MOUREZ**	HCN	Bactériologie
M. Jean-François **MENARD**	HCN	Biophysique
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
M. Francis **ROUSSEL**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique **LANIEZ**	UFR	Anglais
Mme Cristina **BADULESCU**	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacologie
M. Roland **CAPRON** (PU-PH)	Biophysique
M. Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
M. Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre **GOULLE**	Toxicologie
M. Michel **GUERBET**	Toxicologie
M. Olivier **LAFONT**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
M Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
M. Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mle Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique **BOUCHER**	Pharmacologie
M. Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
M. Jean **CHASTANG**	Biomathématiques
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mle Cécile **CORBIERE**	Biochimie
M. Eric **DITTMAR**	Biophysique
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mle Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mme Roseline **DUCLOS**	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
M. François **ESTOUR**	Chimie Organique
M. Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla **GHARBI**	Chimie analytique
Mle Marie-Laure **GROULT**	Botanique
M. Hervé **HUE**	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia **LE GOFF**	Parasitologie Immunologie
Mme Hong **LU**	Biologie

Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
M. Paul **MULDER**	Sciences du médicament
M. Mohamed **SKIBA**	Pharmacie Galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie Galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
M. Rémi **VARIN** (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine **PANCHOU**	Pharmacie Officinale

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth **DE PAOLIS**	Anglais

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Mazim **MEKAOUI**	Chimie Analytique
Mlle Virginie **OXARAN**	Microbiologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup **HERMIL**	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre **FAINSILBER**	UFR	Médecine générale
M. Alain **MERCIER**	UFR	Médecine générale
M. Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle
HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME
CB - Centre HENRI BECQUEREL
CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray
CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
M. Roland **CAPRON**	Biophysique
M Jean **CHASTANG**	Mathématiques
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation, Economie de la Santé
Mle Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
M. Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacodynamie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
M. Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
M. Michel **GUERBET**	Toxicologie
M. Olivier **LAFONT**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
M. Mohamed **SKIBA**	Pharmacie Galénique
M. Philippe **VERITE**	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil **ADRIOUCH**	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE**	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine **CLEREN**	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline **GAILDRAT**	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Antoine **OUVRARD-PASCAUD**	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mme Isabelle **TOURNIER**	Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei **FETISSOV**	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su **RUAN**	Génie Informatique

« Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme proprea à leura auteura et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation »

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL,

Merci de me faire l'honneur d'être le président de mon jury de thèse. Merci également pour vos conseils éclairés sur le sujet, les analyses qualitatives et pour votre écoute. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Pierre CZERNICHOW,

Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail. Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération.

A Monsieur le professeur Bertrand MACE,

Vous avez accepté sans hésitation de faire partie du jury de cette thèse. Soyez assuré de mes remerciements sincères et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur François ROYER,

Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse et d'avoir consacré du temps pour les nombreuses relectures et à toute heure. Merci également de m'avoir transmis vos connaissances et votre passion du métier. J'ai apprécié travailler à vos côtés, lors de mon stage et dans le cadre de ma thèse.

A Messieurs les Docteurs Matthieu SCHUERS et Emmanuel LEFEBVRE,

Merci d'avoir consacré du temps pour répondre à mes interrogations, en m'apportant de précieux conseils sur mon travail de thèse.

A mes Maitres de stages, les docteurs François ROYER, Pierrick HOULBERT, Laurence BRENET et Bruno VEYRON, pour leurs enseignements et pour m'avoir transmis leur amour de la médecine générale.

Aux patientes de l'étude, sans qui ce travail de thèse n'aurait pu être réalisé.
Merci pour votre participation et le temps que vous m'avez accordé lors des entretiens.

A la maison médicale de Val de Reuil et aux médecins périgourdins

Pour leurs accueils et échanges chaleureux lors de mes remplacements.

A TOUTE MA FAMILLE, surtout à :

- **Mes parents**, « mon pilier », toujours présents pour me conseiller, pour m'aider à avancer. Merci de m'avoir offert une merveilleuse enfance, d'avoir vécu au rythme de mes études et de m'avoir toujours soutenue. Si je suis là ce soir, c'est en très grande partie grâce à vous.
- **Ma petite sœur, Nelly**, ma meilleure partenaire de jeu durant ma si belle enfance. J'ai conscience que tu as dû vivre ensuite au rythme de mes études durant les premières années de médecine et je t'en remercie. Aujourd'hui, tu es mon modèle de force et de courage : je suis fière d'être ta sœur.
- **Ma grand-mère, Madeleine**, pour ses remèdes contre le stress et l'insomnie des périodes d'examen et pour ses beignets de fleurs d'acacia pendant les révisions.
- **Adrien**, le plus sympa des beaux-frères et qui rend ma sœur heureuse.

A TOUS MES AMIS : Cette thèse n'aurait pas toute sa valeur sans vous à mes côtés...

Merci d'être toujours là pour moi, à mes côtés pour les agréables moments comme pour les différentes épreuves de la vie.

- **Mes amis d'enfance :** Aurore, Fred...
- **Mon PHC :** Sandrin, Ophé & Alex, Caro & David, Ju, jean, Oliv' & Dodie, Thomas & Cecilia, sans oublier Mespou.
- **Mes amis de collège ou lycée :** Emilie & Halami, Aurélie & Aurélien
- **Mes petits limougeauds :** Victor, Claire, Sébastien, Hélène R, François et Sophie
- **Ma « voisine-coloc » :** Mathilde
- **Ma correspondante Slovaque :** Saša
- **Mes petits Normands :**

  Christophe

  Mes Co-internes préférés : Agnès, Camille, Silvia, Hélène, Nico, Aude, Marc, Marie

  Mes Coloc de l'internat : Alioune, Boris, Amina, Délia, Silviu, Monica…

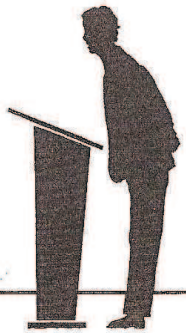
Un merci en particulier pour m'avoir apporté votre aide dans mon travail de thèse :

- à Aurore pour toute l'énergie qu'elle m'a accordée pour ses multiples relectures, à ophé et mes parents pour leurs relectures orthographiques.
- à Agnès, Camille, Hélène et Silvia pour le temps que vous m'avez consacré pour répondre à mes différentes interrogations et pour tous vos conseils.

Un grand merci également à tous ceux qui ont fait le déplacement pour me soutenir.

UNIVERSITÉ DE ROUEN

FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE



SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dansl'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

Table des matières

ABREVIATIONS 20

LISTE DES FIGURES, GRAPHIQUES ET TABLEAUX 22

INTRODUCTION 23

PREMIERE PARTIE : Contexte 24

I. Epidémiologie du cancer du col utérin 24

1. Incidence et mortalité dana le monde, l'Europe et en France 24
2. La survie relative du cancer du col de l'utérua 26

II. Un candidat idéal pour le dépistage 27

III. Moyens de dépistage 28

Le Frottis Cervico- Utérin (FCU) 28

1. Réalisation 28
2. Interprétation 29
3. Conduites à tenir devant un FCU anormal 30

Le Test HPV 30

1. Apport du test –HPV 30
2. L'auto-prélèvement vaginal à domicile pour recherche de HPV-HR 32
3. Concluaion actuelle aur l'utiliaation du teat-HPV et perspectives 33

IV. Du dépistage individuel au dépistage organisé 33

1. Etat actuel du dépistage en France 33
   1.1 Le dépistage individuel 34
   1.2 Les programmes départementaux de dépistage organisé 37
2. Les limites du dépistage 39
   2.1. Les freins des patientes 39
   2.2. Les obstacles cités par les MG 40
   2.3. Autres 40
3. Le dépistage organisé national est recommandé 40

4. Les bénéfices attendus du dépistage organisé 42
4.1 Amélioration du taux de participation 42
4.2 Amélioration en termea d'incidence et de mortalité 43
4.3 Rapport coût-efficacité acceptable 44

DEUXIEME PARTIE : l'étude 45

I. Intérêts et Objectifs de cette enquête 45

II. Matériel et Méthode 46
1. Choix de l'analyae qualitative 46
2. Conatitution de l'échantillon et recrutement 47
2.1 Population cible et critèrea d'incluaion 47
2.2 Les différents critèrea témoignant d'une bonne diveraité 48
2.3 Le recrutement 49
2.4 Taille de l'échantillon 49
3. Matériel et recueil de données 50
3.1 Elaboration du guide d'entretien 50
3.2 Déroulement des entretiens 51
4. Retranscription et Analyse des données 52

III. Résultats 53
1. Analyse de la population étudiée 53
1.1 Caractéristiques des patientes 54
1.2 Répartition géographique dea lieux d'habitation 54
1.3 Le suivi médical 55
1.4 Les praticiens réalisant leur FCU 55
2. Etat des lieux sur leur dépistage individuel 56
2.1. Inégalité du dépistage entre les femmes 56
2.2. Les limites rencontrées par le dépistage individuel 56
a) Liées aux femmes 56
b) Liées aux praticiens 58
c) Autres 58

3. Sentiments éprouvés face à un examen gynécologique et à un FCU par les femmes 59
3.1 A l'annonce du FCU et en vue de aa réaliaation 59
3.2 Lors de la réalisation du Frottis 60
4. Que pensent –ellea de la miae en place d'un dépiatage organiaé ? 61
4.1 Organisé ou paa, certainea n'iront paa 61
4.2 Efficacité du dépistage organisé, mais dans quelles mesures ? 61
4.3 Oui, au dépistage organisé 62
a) l'Organiaation aerait une aolution pour améliorer le dépiatage à différents niveaux 62
b) Le frottis et le cancer du col de l'utérua ne seront plus des sujets de discussion « tabous » 63
c) Solidarité par rapport aux femmes non suivies 63
5. Comment envisageraient-elles le dépistage ? 64
5.1 Invitation 64
a) Convocation 64
b) Feuille d'information aaaociée à la convocation 66
c) Relances 66
5.2 Praticiens et lieux de réalisation 66
a) Les avis sont très divergents 66
b) Importance « d'avoir le choix » 68
5.3 Le Coût 68
a) L'Organisation : Avis partagés 68
b) Les raisons de sa mise en place 69
c) Importance de communiquer l'exiatence de cette aide 69
5.4 Communication 69
a) Campagne d'information et d'incitation par l'intermédiaire de la Télévision et de la radio 69
b) Campagne de sensibilisation dans les pharmacies, les laboratoires et dana lea aallea d'attente dea médecina 70
c) Transmission parents-enfants 71
d) Place importante du médecin 71
5.5 Actiona auprèa d'une population ciblée 71
a) Auprès des adolescentes 71
b) Auprès des étudiantes dans les universités et écoles supérieures 73
c) Auprès des personnes actives 73

5.6 Moyens pour atténuer l'appréhenaion du geate et rendre l'examen plus agréable 74
a) L'implication dea médecina 74
b) Les Moyens matériels 74
c) Le Changement de position pour l'examen ? 75
d) L'utiliaation d'une muaique relaxante 75
e) L'Importance d'une éducation maternelle 75
5.7 Création d'une conaultation organiaée dédiée à l'information et à la prévention 75
a) Son organisation 75
b) Son intérêt 76
5.8 Meilleure communication entre les différents professionnels de santé 76
5.9 Création d'un forum médical 77

IV. Discussion 77
1. Forcea, difficultéa et limitea de l'étude 77
1.1 Forces 77
1.2 Difficultés rencontrées 78
a) Dana la conatitution de l'échantillon 78
b) Dans le déroulement des entretiens 79
c) Dans la retranacription et l'analyae dea entretiena 79
1.3 Limites et biais possibles 79
a) Un critère de diversité aurait pu être ajouté : la religion 79
b) L'enquête a'eat limitée à la Haute-Normandie 80
c) Seul le versant « patiente » a été étudié 80
d) Biais liés à l'enquêtrice 80
2. Dépistage organisé. Comparaison avec la littérature 80
2.1 Le fonctionnement 81
a) Les invitations personnalisées 81
b) Diversification en termes de lieu et de préleveurs 84
c) Assurance-qualité 87
d) Transmission des informations et rationalisation des pratiques 88
2.2 Les actions complémentaires pouvant améliorer le dépistage 89
a) Une meilleure communication 90
b) Action auprès de populations cibles 92
c) La prise en charge du dépistage 93
d) Lea moyena pouvant rendre l'examen plua agréable 94

2.3 La place du MG 95
a) Une position de pilier attendue 95
b) Les solutions pour y parvenir 95
3. Les points négatifs à éviter 96
3.1 Le double dépistage 96
3.2 Le risque de surdiagnostic 96
3.3 Le riaque d'abaence d'examen gynécologique régulier en dehors des dépistages 97

CONCLUSION 98

BIBLIOGRAPHIE 100

LES ANNEXES 106

Annexe 1 : Principes et méthodes de la cytologie classique 107

Annexe 2 : Principes et méthodes de la cytologie en milieu liquide, exemple de la méthode ThinPrep®Pap Test™ 107

Annexe 3 : Compte-rendu cytologique (système de Bethesda 2001) 108

Annexe 4 : Le fonctionnement des premiers sites français « pilotes » 109

Annexe 5 : Le guide d'entretien 111

Annexe 6 : Récapitulatif des différents modes de dépistage selon les pays 113

Annexe 7 : Les différents exemples de programme d'organisation nationale 115

ABREVIATIONS

ACP : Anatomo-Cyto-Pathologie

ADN : Acide désoxyribonucléique

AGC : Atypical Glandular Cells (atypie des cellules glandulaires)

AIS : Adenocarcinome endocervical in situ

ALD : Affection Longue Durée

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ASC-H : Atypical Squamous Cells cannot exclude HSIL (atypies des cellules malpighiennes ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade)

ASC-US : Atypical Squamous Cells Undetermined Signifiance (atypie des cellules malpighiennes de signification indéterminée)

ASH : Agent de Service Hospitalier

CIN : Cervical Intraépithélial Néoplasia (Néoplasies cervicales intraépithéliales).

CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer

CMUc : Couverture Maladie Universelle complémentaire

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

CRESGE : Centre de Recherches Economiques, Sociologiques et de Gestion

CRISAP : Centres Régionaux de Regroupement Informatique et Statistique en Anatomie et Cytologie pathologiques

DIU : Diplôme inter-universitaire

dTP : dipthérie-Tétanos-Poliomyélite

EGB : l'échantillon généraliste des bénéficiaires de l'Assurance maladie

FCU : Frottis Cervico-Utérin

FDA : Food and Drug Administration

FNPEIS : Fonds National de Prévention d'Education et d'Information Sanitaires

GRED : Groupe de Réflexion sur l'Ethique du Dépistage

GY : Gynécologue

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HLA : Human leukocyte antigen

HPV : Human papillomavirus (Papillomavirus humain)

HPV-HR : Papillomavirus humain à haut risque

HSIL : High grade Squamous Intraépithélial Lésion (lésion malpighienne intraépithéliale de haut grade)

IARC : International Agency for Research on Cancer

IDE : Infirmières Diplômées d'Etat

INCa : Institut National du Cancer

InVS : Institut de Veille Sanitaire

IST : Infections sexuellement transmissibles

LSIL : Low grade Squamous Intraépithélial Lésion (lésion malpighienne intraépithéliale de bas grade)

MG : Médecin Généraliste

OGI : Organes Génitaux Internes

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régionale de la Santé

PCR : Polymerase Chain Reaction

PMA : Procréation Médicalement Assistée

Réseau FRANCIM : réseau (France-Cancer-Incidence et mortalité) regroupant les registres français de cancer

SF : Sages-Femmes

TSM : Taus Standardisés Monde

WHO : World Health Organization

LISTE DES FIGURES, GRAPHIQUES ET TABLEAUX

LES FIGURES

Figure 1 : *Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus (2)……...*

Figure *2 : Taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus par département, ajusté sur l'âge, chez les femmes de 25 à 65 ans, sur la période 2006-2008……*

LES GRAPHIQUES

Graphique 1 : *Évolution du nombre de cas et de décès et des taux standardisés monde correspondants(TSM) chez la femme de 1990 à 2011 en France……*

Graphique 2 *: Taux d'incidence et de mortalité par âge en 2005 du cancer du col de l'utérus en France……*

LES TABLEAUX

Tableau 1 : *Récapitulatif des conduites à tenir selon les résultats du FCU.*

Tableau 2 : *Sensibilité et Spécificité comparées des test-HPV et FCU d'après des essais.*

Tableau 3 *: Les principales différences entre dépistage organisé et dépistage individuel*

Tableau 4 : *Distribution observée entre les 97 départements métropolitains pour les taux de couverture du dépistage, la densité de gynécologues et le taux de personnes bénéficiaires de la CMUc*

Tableau 5 : *Efficacité calculée des différentes politiques de dépistage. La réduction attendue de l'incidence des cancers invasifs du col utérin sur une hypothèse de 100% de participation [Hakama et al., 1986].*

Tableau 6 : *Les différentes caractéristiques des patientes étudiées……..*

Tableau 7 : *Situation géographique des patientes……...*

Tableau 8 : *Le suivi médical des patientes……..*

Tableau 9 *: Les praticiens réalisant leur frottis cervico-utérins……*

INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer chez la femme dans le monde en termes d'incidence et au premier rang en termes de mortalité, essentiellement dans les pays en voie de développement.
Il est responsable chaque année de près de 1000 décès en France et se situe au 12ème rang des cancers féminins en termes d'incidence en 2011 (selon des projections). [1]

Depuis ces trois dernières décennies, ses taux d'incidence et de mortalité annuels ont diminué en grande partie grâce à l'apparition d'un test de dépistage : le frottis cervico-utérin (FCU).
Le cancer du col de l'utérus est un candidat idéal pour le dépistage du fait de son évolution lente et de l'existence de ses nombreuses lésions précancéreuses curables.
En France, le dépistage repose essentiellement sur un dépistage individuel, à l'initiative de la patiente ou du médecin, par la réalisation d'un FCU.

Un dépistage régulier de la population cible devrait permettre de réduire l'incidence de plus de 90 % [3]. Ce cancer pourrait potentiellement devenir une maladie rare en France. [2]
Cependant son taux de couverture est seulement de 57 % et stagne depuis plusieurs années [4].
Il existe également de grandes inégalités dans le dépistage à toutes les étapes : l'information, l'incitation, l'accès aux praticiens et aux lieux de prélèvement, la qualité du prélèvement, d'interprétation et de suivi. Il reste une proportion non négligeable de femmes se faisant encore peu ou pas dépister alors que certaines femmes bénéficient de FCU trop rapprochés par rapport aux recommandations. [3, 4]

Face aux limites du dépistage individuel en France et devant des expériences départementales et européennes concluantes, les politiques de santé actuelles incitent à la mise en place d'un dépistage national organisé.
Il permettrait de couvrir une plus large population et de rétablir une équité d'une part entre les femmes et d'autre part sur tout le territoire français.

Que penseraient les patientes cibles de la mise en place d'un dépistage national organisé du cancer du col utérin ?
Comment l'envisageraient- elles et quelles seraient leurs attentes ?

PREMIERE PARTIE : contexte

I. Epidémiologie du cancer du col utérin

1. Incidence et mortalité dans le monde, l'Europe et en France

Le cancer du col de l'utérus est la première cause de décès par cancer chez la femme dans le monde. En 2005, il est à l'origine de près de 260 000 décès (environ 95% dans les pays en voie de développement). [2, 5, 6]

Il est également au 2ème rang des cancers féminins dans le monde en termes d'incidence avec 493 000 nouveaux cas estimés en 2002 et plus de 500 000 en 2005. [2, 5, 7]

Il existe une grande disparité de répartition de l'incidence selon les pays : 83% des nouveaux cas de cancer surviennent dans les pays en voie de développement. [2]

Dans les pays de l'union européenne, en 2004, le cancer du col est responsable de 30400 nouveaux cas (9ème cancer féminin) et de 13500 décès (12ème rang). Entre les 25 états membres en 2004, il existe une grande inégalité des incidences : 4,7 cancers invasifs sur 100 000 femmes en Finlande contre 18,6 sur 100 000 femmes en Slovénie. [2, 8, 9]

Des dépistages organisés avec contrôle qualité ont été mis en place en premier dans les pays nordiques comme la Finlande ce qui pourrait expliquer cette différence en faveur de ces pays.

En France, le nombre de nouveaux cas de cancers invasifs est estimé à 2820 en 2010 [10, 11] et à 2810 en 2011 [1, 12], ce qui place le cancer du col de l'utérus au 12ème rang des cancers féminins. Pour 100 000 femmes, le taux d'incidence standardisé à la population mondiale est estimé à 6,4. [1, 10]

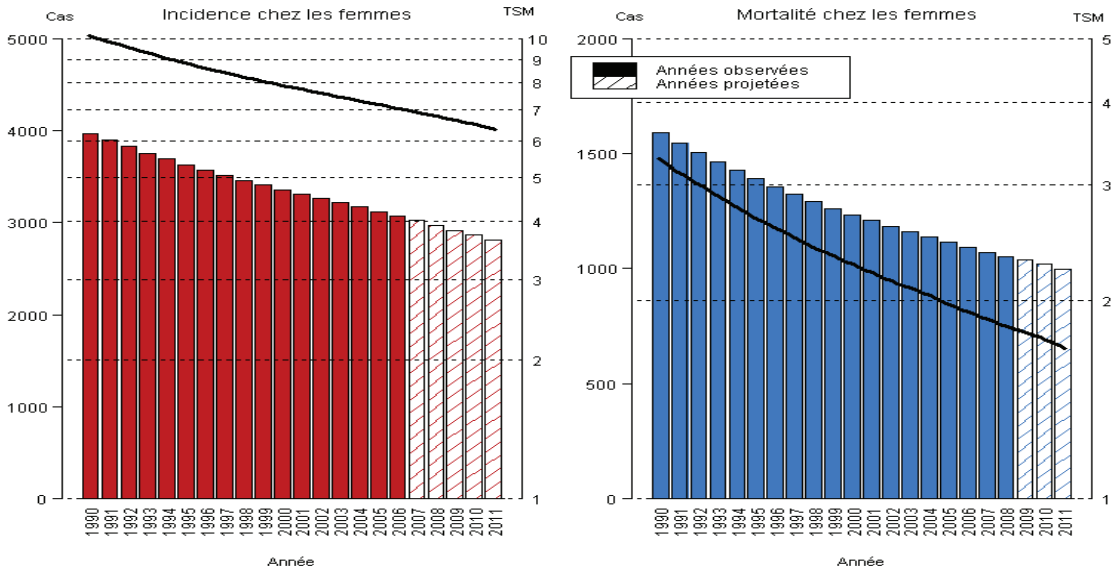
En termes de mortalité, il est le 12ème cancer chez les françaises en 2011 avec un nombre de décès estimé à 998. [1, 12]

Depuis trois décennies, les taux d'incidence et de mortalité n'ont cessé de diminuer avec cependant un ralentissement de la décroissance depuis 2000.

On a observé une décroissance de l'incidence entre 1980 et 2005 de 2,9% en moyenne, mais avec seulement 1,8% entre 2000 et 2005. [13]

La mortalité a diminué avec un taux moyen de décroissance de 4% par an entre 1980 et 2005, mais avec 3,2% par an entre 2000 et 2005. [13]

Selon les projections de l'incidence et de la mortalité en 2011, la tendance à la baisse se confirmerait entre 2005 et 2011. [11, 12]



Barre rouge : évolution du nombre de cas de cancer du col utérin.
Barre bleue : évolution du nombre de décès par cancer du col utérin.
Courbe, échelle logarithmique : évolution des taux standardisés monde correspondants.

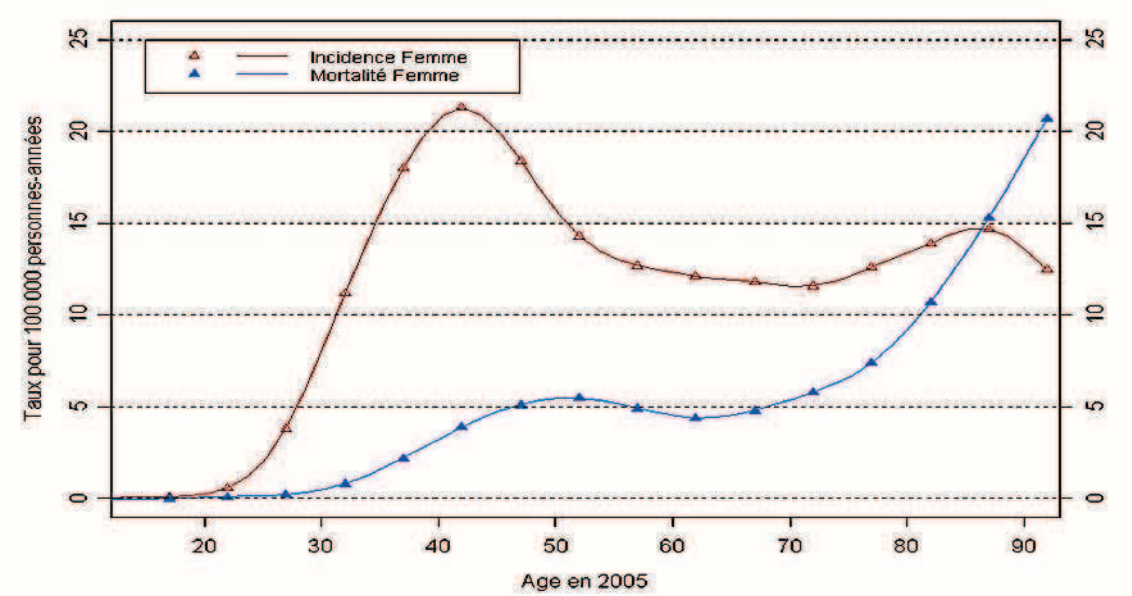
Graphique 1 : Évolution *du nombre de cas et de décès et des taux standardisés monde correspondants (TSM)) chez la femme de 1990 à 2011 en France.* [12]

Cette évolution s'expliquerait par de meilleures conditions d'hygiène, le développement d'un dépistage par FCU depuis 1960 et par une amélioration de la thérapeutique.

« Les données observées disponibles pour ces estimations allaient jusqu'en 2006. Ces estimations pour 2011 sont donc des projections. » [12]

Rare chez les femmes de moins de 30 ans, le pic d'incidence est à 40 ans. Le pic de mortalité est à 50 ans. Parallèlement, le risque d'être atteinte d'un cancer du col utérin avant 74 ans a considérablement diminué avec l'année de naissance. [2, 14]

L'âge médian au moment du diagnostic du cancer du col de l'utérus est de 51 ans. Il est inférieur à l'âge médian de découverte de l'ensemble des cancers de la femme et de l'homme qui est de 66,5 ans. Le cancer du col de l'utérus est donc un cancer de la femme jeune, 70% des nouveaux cas et 50% des décès survenant avant l'âge de 65 ans. [14, 16]



Graphique 2 : Taux d'incidence et de mortalité par âge en 2005 du cancer du col de l'utérus en France. [2, 15, 16]

2. La survie relative du cancer du col de l'utérus [1, 18,17, 19]

Le cancer du col de l'utérus est un cancer de pronostic dit « intermédiaire » avec un taux de survie relative à 5 ans estimé environ à 70 % selon les données du réseau Francim.
Le pronostic est plus favorable chez les femmes plus jeunes (15 à 44 ans) avec une survie relative estimée à 82 % par rapport à 38 % chez les femmes de 75 ans et plus. [17]

Par ailleurs, le cancer du col de l'utérus est un cancer de très bon pronostic lorsqu' il est détecté et traité à un stade précoce.
Le taux de survie relative à cinq ans est de :

- 91,5 % au stade précoce.
- 57,7 % lorsque le cancer est diagnostiqué à un stade régional.
- 17,2 % pour un stade métastatique. [1, 19]

D'où la nécessité d'une détection précoce des lésions précancéreuses ou cancéreuses du col par le dépistage.

II. Un candidat idéal pour le dépistage

Le cancer du col de l'utérus est un bon candidat au dépistage. Il constitue **notamment une menace évitable pour la santé publique**, **son histoire de la maladie est bien connue avec une évolution lente** et **passe par plusieurs phases précancéreuses dépistables et curables.**

Le cancer du col utérin est largement dominé par 2 types histologiques : le carcinome épidermoïde (80 à 90 % des cancers invasifs) et l'adénocarcinome. [20, 21]

L'histoire naturelle du carcinome épidermoïde est bien connue. Il s'agit d'une affection tumorale d'origine infectieuse à évolution lente. Elle se développe en moyenne en 15 à 20 ans, après une infection génitale persistante par un papillomavirus humain (HPV) oncogène.

Au cours de leur vie, 80 % des femmes rencontrent un virus HPV. Plus de 60 % des primo-infections surviennent dans les cinq premières années suivant les premiers rapports sexuels. Après une primo-infection, le portage du virus évolue dans plus de 80 % des cas vers la clairance virale. (La clairance virale signifie que l'ADN viral a été éliminé par les défenses immunitaires de l'hôte et n'est plus détecté dans les prélèvements). [14]

Cependant l'infection peut persister dans un faible pourcentage de cas, et associée à des cofacteurs, elle peut se traduire par des lésions précancéreuses de différents grades (CIN).

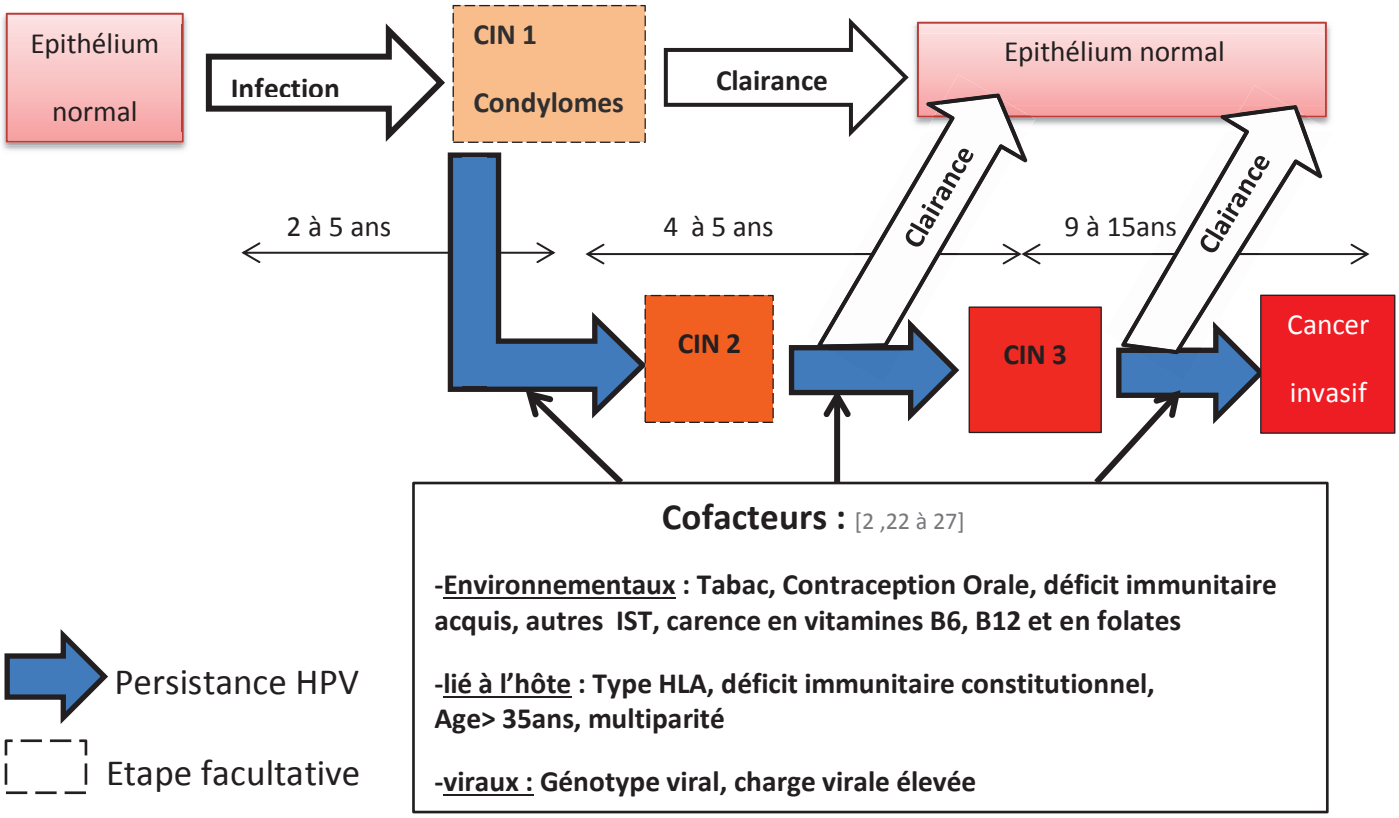


Figure 1 : Histoire naturelle du cancer du col de l'utérus [28]

Pour chaque lésion cervicale précancéreuse, il existe une probabilité de régression non négligeable (de 32 à 57 % en fonction de la gravité de la lésion) vers un épithélium normal, accompagnant la clairance virale, mais aussi une probabilité de persistance ou de progression vers un stade plus avancé. [2, 29]

III. Moyens de dépistage

Le Frottis Cervico- Utérin (FCU)

1. Réalisation

Le test de dépistage de référence des lésions cancéreuses et précancéreuses du col utérin, repose sur un examen cytologique : le FCU. **Cette prévention secondaire par le dépistage** consiste à repérer le plus précocement possible les anomalies du col.

La procédure a été décrite en 1943 par Papanicolaou [30] et reprise par l'ANAES en 2002 [31], CIRC en 2005 [32] :

« *Le préleveur est une personne habilitée à la pratique des frottis et ayant bénéficié d'une formation appropriée […] Il est recommandé de réaliser le frottis à distance de la période des règles (idéalement en milieu de cycle), à distance (24-48 heures) d'un rapport sexuel, en l'absence d'infection et de traitement local et si nécessaire après traitement œstrogénique chez la femme ménopausée.[…] Il faut éviter de faire le toucher vaginal avant le frottis et d'utiliser un lubrifiant. Le frottis est réalisé après en visualisation du col à l'aide d'un spéculum*. […] *Le prélèvement doit intéresser la jonction exocol-endocol (squamo-cylindrique) et la zone de transformation (métaplasie malpighienne en couronne au niveau de l'exocol autour de l'orifice du canal endocervical) qui sont les sièges électifs de l'infection par HPV et de la cancérisation.*» [33]

Il existe actuellement deux techniques validées de réalisation. [31,33, 34, 35]

Dans le cas d'un frottis dit conventionnel, il est recommandé d'utiliser une spatule *d'Ayre* associée à une cyto-brosse ou de préférence une spatule d'*Ayre* modifiée ou un dispositif de prélèvement de type *Cervex Brush*. Le matériel prélevé est ensuite étalé et fixé sur une lame. (Annexe 1)

Il présente des limites, par une sensibilité inférieure à 70 % et par des faux négatifs qui sont évalués entre 2 et 25 % suivant les séries publiées. [34]

Dans le cas d'un frottis en phase liquide, le prélèvement est fait avec un outil adapté, comme pour le frottis conventionnel. Le matériel prélevé est mis en suspension dans le flacon qui contient le liquide de conservation. (Annexe 2)
D'après une étude française multicentrique en double aveugle [35], sa sensibilité serait améliorée par rapport au frottis conventionnel : 83 vs 66 % (résultats largement confirmés par d'autres études). D'après l'ANAES, elle réduit le nombre des frottis non interprétables (le mucus, le sang et les globules blancs sont éliminés dans le milieu liquide [34]) et permet également l'utilisation du matériel résiduel pour d'autres méthodes diagnostiques, comme la réalisation d'un test HPV. Mais en 2002, l'ANAES déclare les données non suffisantes pour privilégier le frottis en milieu liquide en termes de sensibilité et surtout de spécificité. [31]

2. Interprétation

Ces prélèvements sont ensuite interprétés dans un laboratoire d'anatomo-cyto-pathologie, qui détermine le type et le degré de gravité de l'anomalie cytologique éventuelle.
L'interprétation du FCU se base actuellement sur le système de Bethesda 2001 : il est le seul recommandé pour formuler le compte-rendu cytologique. (Annexe 3).

Un frottis est jugé non interprétable si l'un des critères suivants est présent :
- couverture de moins de 10 % de la lame par des cellules malpighiennes ;
- toute situation où plus de 70 % des cellules épithéliales ne sont pas interprétables parce que masquées par du sang, une inflammation, des superpositions cellulaires, des contaminations ou des artefacts. [31]

Selon ce système, le compte rendu précise le type de cytologie réalisée (frottis conventionnel ou en milieu liquide), la qualité de l'échantillon, les catégories générales (Frottis négatif ou présences d'anomalies). Les anomalies cytologiques réparties en anomalies des cellules malpighiennes (par ordre de gravité croissante : ASC-US, ASC-H, LSIL, HSIL, carcinome épidermoïde) et/ou glandulaires (AGC, AIS, adénocarcinome invasif) sont hiérarchisées. La dernière partie peut apporter des recommandations et des précisions.

3. Conduites à tenir devant un FCU anormal

Recommandations ANAES 2002 [31]

En cas de FCU anormal, il est recommandé par l'ANAES de pratiquer des tests diagnostiques, souvent accompagnés d'un examen histologique. Le tableau ci-dessous récapitule les conduites diagnostiques de première intention :

Résultat d'un FCU selon Bestheda	Conduite diagnostique recommandée
Normal	Rythme de dépistage tous les 3 ans
ASC-US	Soit recherche HPV oncogène (test-HPV) Soit colposcopie Soit FCU de contrôle à 4 à 6 mois
ASC-H	Colposcopie
LSIL	Soit FCU à 6 mois Soit colposcopie
HSIL	Colposcopie
AGC	Colposcopie

Tableau 1 : récapitulatif des conduites à tenir selon les résultats du FCU

LE TEST –HPV

1. Apport du test-HPV

Deux techniques permettent la détection de l'HPV : l'hybridation moléculaire (l'Hybrid *Capture*® *2*(HC2)) ou l'amplification génétique (PCR). Elles ont une pertinence identique. [36]

Cette recherche d'HPV se fait sur le liquide résiduel d'un frottis en phase liquide. Il peut également se faire, en plus d'un frottis « conventionnel », sur un prélèvement réalisé avec une cytobrosse et déchargé dans un milieu de transport. [21]

En France, le test HPV est remboursé chez les patientes présentant un frottis de dépistage ambigu « ASC-US » [37] .Sa sensibilité est supérieure à la colposcopie ou à la réalisation de deux frottis successifs.

Des essais réalisés en situation de dépistage primaire montraient que la sensibilité du test HPV serait supérieure à celle du frottis mais la spécificité serait inférieure :

	ASC-US	HSIL
Sensibilité Test-HPV	**88 à 98 %**	**96 à 100%**
Sensibilité FCU	42 à 78 %	60 à 86 %

	ASC-US	HSIL
Spécificité Test -HPV	72 à 96 %	16 à 87 %
Spécificité FCU	**82 à 98 %**	**89 à 99 %**

Tableau 2 : Sensibilité et Spécificité comparées des test-HPV et FCU d'après des essais. [38]

De nombreuses études [39, 40] ont démontré que la valeur prédictive négative du test pour les lésions de haut grade est proche de 100 %.

Il est possible de coupler le frottis de dépistage et le test HPV pour améliorer la sensibilité du frottis de dépistage. Les travaux de Clavel en France [39] de Cuzick en grande Bretagne [40] et de Petry en Allemagne [41] ont confirmé que l'adjonction du test HPV au frottis augmentait la sensibilité du dépistage de 30% pour obtenir une sensibilité « globale » de près de 100%.

L'idée est donc séduisante d'associer les 2 examens pour obtenir une protection « idéale » face au cancer du col utérin.
Cette association doit cependant être modulée en fonction du risque réel chez chaque patiente.

- Avant 30 ans : le test HPV ne semble pas intéressant à réaliser car l'infection à HPV est souvent transitoire, le frottis doit être privilégié.
- Après 30 ans : le test combiné au frottis semble intéressant.
  - **en cas de test négatif**, le rythme du dépistage pourra être trisannuel ce qui génèrera des économies en matière de santé.
  - **en cas de test positif**, il faudra réaliser une colposcopie pour optimiser la surveillance.

Cependant, aucune étude ne permet de justifier la mise en œuvre du test HPV en première intention à la place du FCU.

La valeur prédictive négative de 99 à 100 % de l'association des 2 tests pourrait permettre d'élargir l'intervalle entre les tests, mais aucune étude n'a évalué la performance des tests répétés à différents intervalles. [38]

A l'étranger, seule la *Food and Drug Administration* (FDA) (États-Unis) a approuvé l'utilisation du test HC 2 associé au frottis dans le dépistage primaire du cancer du col.
Ceci est réservé aux plus de 30 ans et ne doit pas être répété à un intervalle inférieur à 3 ans en cas de résultats négatifs de la cytologie et du test HPV. [38]

Trois essais randomisés sont en cours :
- *au Royaume-Uni* : cytologie en milieu liquide et test HPV avec randomisation sur l'exploitation du test HPV ;
- *au Canada* : comparaison de la cytologie conventionnelle et du test HPV avec évaluation des performances des tests, le sujet étant son propre témoin, et évaluation économique ;
- *en Italie :* comparaison du frottis conventionnel et du frottis en milieu liquide associé à un test HPV et évaluation de la sensibilité et de la spécificité du test HPV par rapport aux frottis.

2. L'auto-prélèvement vaginal à domicile pour recherche de papilloma virus à haut risque. Campagne expérimentale [42]

En France, des expérimentations ont été lancées pour étudier les conditions de cette utilisation du test HPV.
Un autre intérêt de ce test réside dans le fait qu'il peut être proposé sous la forme d'auto-prélèvements vaginaux auprès des femmes refusant de consulter un médecin pour réaliser l'examen gynécologique [42, 43]. L'auto-prélèvement peut se faire à domicile par la femme, qui doit ensuite l'envoyer par la poste au laboratoire.
Une de ces expérimentations a été faite dans le département des Bouches-du-Rhône.
La participation à l'auto-prélèvement vaginal à domicile a été comparée à celle d'une seconde invitation au frottis, chez les femmes de 35 à 69 ans n'ayant pas réalisé de frottis cervical depuis plus de deux ans et n'ayant pas répondu à une première invitation au frottis.

Les femmes ont été divisées en deux groupes par tirage au sort : un groupe recevant une seconde invitation à réaliser un FCU (n=4 934) et un groupe recevant une invitation à faire un auto-prélèvement vaginal à domicile, pour la recherche d'HPV_{HR} (n=4 400).

Elles répondent dans 7,2 % des cas à une seconde invitation au frottis et participent significativement plus à l'auto-prélèvement vaginal (p<0,001), soit dans 26,4 % des cas.

La qualité et les résultats des frottis et des auto-prélèvements vaginaux ont été aussi évalués. La qualité des auto-prélèvements vaginaux est satisfaisante à tout âge (taux de non interprétables=1,4 % [IC à 95 %=0,65 % ; 2,15 %]) et non altérée par l'envoi postal au laboratoire.

La relance d'invitation au frottis a permis de détecter trois lésions précancéreuses de haut grade soit 0,7 pour mille et l'envoi d'autotests a permis de détecter dix lésions dont cinq de haut grade soit 1,4 pour mille, différence significative (p = 0,02 ; OR=0,25 [0,05 ; 0,97]).

L'auto-prélèvement vaginal est une technique de dépistage de qualité satisfaisante pouvant être proposée après 35 ans aux femmes ne participant pas au dépistage cytologique.
Il permettrait ainsi d'augmenter la couverture du dépistage, dans la mesure où les examens complémentaires requis en cas de test HPV_{HR}+ sont réalisés.

3. Conclusion actuelle sur le test-HPV et perspectives

Le test HPV associé au frottis offre des perspectives intéressantes : le bénéfice médical et économique devra être réévalué après le résultat des essais randomisés et des études de cohortes en cours, et la réalisation d'un modèle coût-efficacité. [38]
Proposer l'auto-prélèvement vaginal aux femmes de plus de 35 ans ne participant pas au dépistage par FCU est également une perspective à ne pas négliger.
Mais l'utilisation du test HPV seul et en première intention à la place du frottis cervico-utérin, ne serait pas justifiée actuellement. [38]

IV. Du dépistage individuel au dépistage organisé

1. Etat actuel du dépistage en France

En France, en 2013, il n'existe pas de programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Le dépistage est aujourd'hui avant tout spontané et individuel, en dehors de quelques projets départementaux expérimentaux de dépistage organisé.
Dans le cadre d'un dépistage individuel du cancer du col utérin, la population est recrutée lors d'un recours aux soins. Les femmes n'étant pas suivies sur le plan médical ou n'ayant pas ou peu eu d'informations sur l'évolution du cancer du col et le FCU ne sont ainsi pas dépistées.
Dans le cadre du dépistage organisé, les femmes sont invitées à se faire dépister, afin de couvrir un maximum de la population cible. Le dépistage est proposé systématiquement à l'ensemble de la population cible. La participation est volontaire. Le dépistage s'inscrit dans une politique dont les stratégies ont été préalablement définies (tranches d'âge, fréquence, procédures) et s'appuie sur une équipe responsable de la gestion du programme.

	Dépistage organisé	Dépistage individuel
Méthode de dépistage	Fixée dans le cadre du programme	Choisie par le patient et le professionnel de santé
Objectif	Réduire l'incidence/mortalité au niveau de la population	Réduire l'incidence/mortalité au niveau individuel
Performances du test de dépistage	Spécificité la plus élevée privilégiée	Sensibilité la plus élevée privilégiée
Fréquence du dépistage	Fixée afin de maximiser le bénéfice collectif à un coût raisonnable	Variable
Ressources financières disponibles	Déterminées au niveau populationnel en prenant en compte tous les aspects du système de santé	Selon les ressources individuelles et la couverture assurantielle
Assurance qualité	Systématique	Non systématique
Taux cible de recours	Spécifiés et faisant l'objet d'un suivi	Non
Population invitée	Toutes les personnes de la population cible de façon systématique	En fonction des contacts avec le système de soins
Stratégie de recrutement	Active	Passive
Égalité d'accès	Recherchée activement	Non assurée
Bénéfices	Maximisés au niveau de la population dans le cadre des ressources disponibles	Maximisés au niveau individuel
Risques	Minimisés au niveau de la population dans le cadre des ressources disponibles	Pas forcément minimisés

Tableau 3 : Les principales différences entre dépistage organisé et dépistage individuel [44]

1.1 Le dépistage individuel

Le test de dépistage de référence des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus est un examen cytologique : le frottis cervico -utérin (FCU).

Les recommandations françaises conseillent de réaliser un FCU tous les 3 ans, après deux FCU négatifs réalisés à 1 an d'intervalle, chez les femmes de 25 à 65 ans asymptomatiques ayant ou ayant eu une activité sexuelle.

Il peut être réalisé lors d'une consultation chez un médecin généraliste ou un gynécologue, dans un centre d'examens de santé de l'Assurance Maladie, dans les centres mutualistes, ou dans un laboratoire sur prescription médicale. Les sages-femmes peuvent également le réaliser lors d'une consultation de suivi de grossesse chez les femmes enceintes.

Le prélèvement est inclus dans le coût de la consultation, pris en charge dans les conditions habituelles. La lecture par un anatomopathologiste est prise en charge à 70% par l'Assurance Maladie et le reste par les assurances complémentaires.

Une faible proportion de femmes respecte strictement l'intervalle recommandé de 3 ans entre 2 FCU (après 2 FCU initiaux négatifs). Certaines femmes se font dépister à un rythme trop fréquent tandis que d'autres ne se font peu ou pas dépister.

Le taux calculé de couverture moyen par frottis cervico-utérin sur la période 2004-2006 n'est que de 57 %. Pourtant, le volume de FCU réalisé en France permettrait de couvrir près de 90 % des femmes concernées si elles ne faisaient qu'un FCU de dépistage tous les 3 ans [45].

Sur une période de 6 ans, à partir des données de l'EGB (l'échantillon généraliste des bénéficiaires de l'Assurance maladie) :

- la proportion de femmes bénéficiant d'un dépistage à un rythme sous-optimal (absence de FCU en 6 ans ou rythme entre 2 FCU supérieur à 3 ans et demi) a été estimée à **51,6 %** de la population des 25-65 ans.
- celle des femmes en situation de surdépistage (rythme entre 2 FCU inférieur à 2 ans et demi) à **40,6 %.**
- Enfin, la proportion de femmes pour lesquelles l'intervalle recommandé de 3 ans entre 2 FCU est strictement respecté a été estimée à **7,9 %** de la population des 25-65 ans. [3]

En effet, il existe des disparités dans la pratique du dépistage individuel. L'EGB a permis de les appréhender selon différents critères, sur la période 2006-2008 observée.

- Le taux de couverture varie avec l'âge des femmes :
  Avant 25 ans il est de **45,7 %**, entre 25 et 49 ans il atteint un plateau autour de **60 %** .Puis il chute très rapidement à partir de 50 ans : il est de **42 %** chez les 60-64 ans et **35 %** chez les 65-69 ans. [3]

- Les deux principaux facteurs déterminants de la participation au dépistage:
  Le suivi par un gynécologue est un **facteur favorisant**. Quel que soit leur âge, les femmes qui ont une consultation tous les ans sont 90 % à avoir eu un FCU.
  Le fait de bénéficier de la CMUc est un **facteur défavorisant**. Seules 43 % des femmes de moins de 50 ans bénéficiant de la CMUc ont eu un FCU versus 63 % pour les autres femmes (odd ratio = 0,52). La CMU complémentaire est moins fréquente chez les femmes plus âgées et son impact est moindre (odd ratio = 0,76). [44]

- Le suivi par le médecin généraliste.
  Des consultations épisodiques (moins d'une fois par an) ont un impact négatif sur le dépistage, surtout chez les femmes jeunes (odds ratio = 0,39). [44]

- La participation des femmes de plus de 50 ans au dépistage du cancer du sein.
  68 % des femmes ayant fait une mammographie de dépistage tous les 2 ans sont dépistées pour le cancer du col de l'utérus *versus,* 20 % pour les autres femmes du même âge qui n'ont pas effectué de mammographie sur les 3 années étudiées. [44]

- La prise en charge à 100 % au titre d'une ALD.
  Les femmes en ALD sont moins nombreuses à avoir eu un FCU (odd ratio = 0,70). [44]

- Le moyen de contraception pour les moins de 50 ans.
  85 % des femmes qui ont un Dispositif intra-utérin (odd ratio = 1,97) et 66 % des femmes qui ont un contraceptif oral remboursable (odd ratio = 1,29) ont eu un FCU dans les 3 ans. [44]

- Fortes inégalités territoriales.
  Avec une couverture nationale de 56,6 % sur la période 2006-2008 chez la population cible, le dépistage est inhomogène sur tout le territoire français. Après ajustement sur l'âge, les taux de couverture varient dans un rapport de 1 à 1,5 en France métropolitaine.

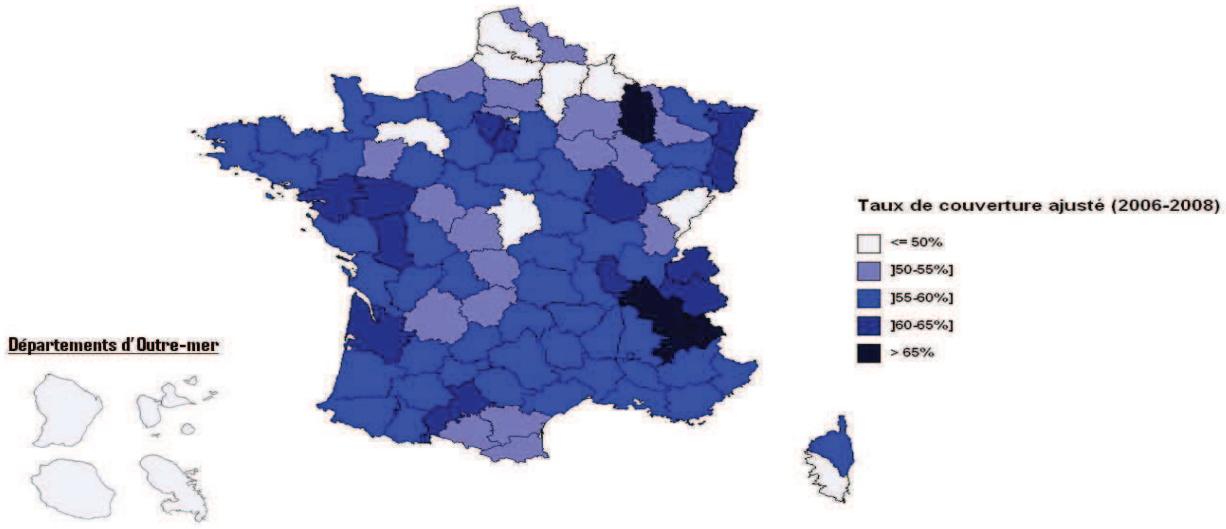


Figure 2 : Taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus par département, ajusté sur l'âge, chez les femmes de 25 à 65 ans, sur la période 2006-2008. [44]

Près de 40 % de la variabilité entre les départements est expliquée par la densité de gynécologues et le niveau socio-économique. [3, 44]

	Taux de couverture du dépistage 2006-2008	Densité de gynécologues pour 100 000 femmes	Taux de bénéficiaires de la CMUc
Minimum	39,9	7,1	2,7
1er quartile	54,4	14,9	4,5
Médiane	57,2	17,9	5,5
3e quartile	59,1	21,2	6,5
Maximum	66,4	65,6	11,7

Tableau 4: Distribution observée entre les 97 départements métropolitains pour les taux de couverture du dépistage, la densité de gynécologues et le taux de personnes bénéficiaires de la CMUc [44]

1.2 Les programmes départementaux de dépistage organisé

Le dépistage organisé du cancer du col par frottis cervico-utérin a été recommandé en France dès 1990 lors de la conférence de consensus de Lille. [46]

Depuis les années 1990, cinq départements, sur initiatives locales, ont mis en place un dépistage dit « organisé » du cancer du col de l'utérus : Isère, Martinique, Doubs, Bas- Rhin et Haut –Rhin. (Le Doubs a arrêté son programme fin 2004.)

L'organisation comprend une structure de gestion chargée de la coordination au niveau local. Etant donné qu'il n'y avait pas de cahier des charges national, chaque structure de gestion a adopté une organisation spécifique en termes de mode d'invitation, recueil des frottis, et de tranches d'âges. (Annexe 4)

Les résultats de la première évaluation épidémiologique de ces projets « pilotes » sont concluants : [46, 47]

- le pourcentage de femmes ayant eu au moins un frottis sur 3 ans est plus élevé que le pourcentage national.
- il y a un meilleur suivi des femmes après un FCU anormal.
- On observe dans les différents sites une forte amélioration de la couverture par rapport à l'absence de programme organisé. L'objectif de 80% a été dépassé à 5 ans.
- La qualité des prélèvements des FCU jugée sur le pourcentage de frottis non évaluables est très bonne, de même que la qualité de la lecture des frottis jugée sur le pourcentage de résultats de type ASC-US.

- Le recueil des données par les structures de gestion permet une évaluation de la couverture du dépistage, des lésions dépistées et de sa qualité sur un territoire.
- L'envoi d'invitations personnalisées associé à des actions de mobilisation des professionnels de santé et à une médiatisation du programme permet de recruter des femmes au départ réticentes à ce dépistage.

Un groupe technique national du dépistage du cancer du col auprès de la Direction générale de la santé s'est réuni de février 2004 à décembre 2005. Il a permis la rédaction d'un cahier des charges destiné à encadrer les expérimentations de dépistage organisé, publié en 2006. [46]

En début d'année 2009, la Direction générale de la santé et l'Institut national du cancer ont lancé un appel à candidature pour de nouvelles structures de gestion du dépistage.
En 2010, suite à cet appel d'offre de l'INCa, le programme a été élargi à 9 départements supplémentaires. Actuellement, dans le cadre du Plan Cancer 2009-2013, 13 départements pilotes font partis du programme expérimental de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus: l'Allier, le Cantal, la Haute-Loire, le Puy-de-Dôme (région Auvergne), le Cher, l'Indre et Loire, le Maine et Loire, la Réunion, le Val-de-Marne, le Bas-Rhin, le Haut-Rhin (Région Alsace), la Martinique et l'Isère(ce qui correspond à 13 % de la population) [48, 49].
Ce programme va durer jusqu'en 2014 et s'adresse uniquement aux femmes de 25 à 65 ans n'ayant pas eu de FCU depuis trois ans. [48]
Les structures de soins en charge de ces programmes pilotes ont un rôle multiple :

- Envoyer un courrier personnalisé à ces femmes les incitant à consulter pour bénéficier du dépistage et leur rappelant l'importance d'un FCU.
- Informer les professionnels de santé concernés du département sur la campagne et les bonnes pratiques de dépistage.
- Organiser des séances de formation locales pour ces derniers.
- Informer et sensibiliser les femmes aux dépistages par différentes actions.
- Réaliser le suivi du programme, et en cas de FCU anormal, recueillir auprès des médecins préleveurs les modalités de prise en charge mises en œuvre.

Un module d'e-learning, destiné aux MG et SF, a été conçu par l'INCa.
Une évaluation finale sera réalisée par l'InVS à partir d'indicateur d'impact et devrait apporter à la réflexion des tutelles dans la mise en place d'un programme généralisé de dépistage. [49]

2. Les limites du dépistage individuel [46]

De nombreuses études ont décrit les freins à la réalisation régulière du dépistage cytologique rencontrés par la population cible. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour aborder le dépistage des cancers du col et prélever les FCU ont été également étudiées. L'INCa dans son « état des lieux du dépistage du cancer du col utérin » en 2007, en a fait un rapport. Les données sont issues d'études réalisées dans le contexte français [46]. Et elles ont été appuyées par les résultats d'une thèse récente « *Les freins rencontrés par les médecins généralistes dans le dépistage du cancer du col de l'utérus* ». [50]

2.1. Les freins des patientes

Problème d'informations sur le cancer du col et son dépistage :

- Les OGI sont mal connus. Et certaines femmes, après la ménopause, perçoivent l'utérus comme « sans activité » et donc sans danger.
- Méconnaissance du cancer du col de l'utérus, moins médiatisé que d'autres cancers féminins comme celui du sein.
- Absence de lien perçu entre surveillance par FCU et recherche d'un cancer du col.

Problème en lien avec la situation dans la sphère gynécologique et sexuelle :

- Les pathologies du col sont assimilées à des pathologies vécues comme « honteuses ».
- L'examen gynécologique est évoqué comme intrusif et gênant .ces sentiments sont majorés si le préleveur est un homme.

Problèmes liés à l'angoisse de la maladie :

- L'angoisse suscitée par la maladie est un facteur de non-participation.
- Un résultat anormal entraine une anxiété qui peut persister à distance du diagnostic et freiner l'adhésion ultérieure au dépistage.

Problèmes matériels d'accès :

- Pour certaines populations, ils existent en raison d'une démographie médicale insuffisante, du coût (médecins exerçant en secteur 2, refus de CMU…) et des difficultés d'accessibilité physique aux structures de soins.

2.2. Les obstacles cités par les MG

- Réticences de la part des patientes : pudeur, peur du résultat, négligence, obstacles culturels….
- Problèmes matériels et organisationnels : manque de temps, motifs multiples des consultations, pas de matériel de prélèvement, rémunération insuffisante de l'acte …
- Manque de formation au geste ou à son suivi.
- Acte perçu comme réservé aux spécialistes gynécologues. Problème de coordination entre MG et GY.
- Perception d'une non coordination en lien avec la fluctuation des recommandations opposables.

2.3. Autres

- Absence d'équité des femmes face au dépistage sur tout le territoire.
- Inégalité de la qualité de la prise en charge due au déficit en matière d'assurance qualité.
- Certaines femmes bénéficient d'un dépistage trop rapproché. Alors que le taux de couverture par le dépistage individuel est seulement de 57 % des femmes concernées, le volume de FCU réalisé en France est pourtant considérable.

3. Le dépistage organisé est recommandé

Le dépistage organisé du cancer du col par frottis cervico-utérin a été recommandé, en France, dès 1990, lors de la conférence de consensus de Lille. [51]

Il a également été recommandé, en 2003, par le Conseil de l'Union Européenne. Sur proposition de la Commission Européenne et après consultation du Parlement Européen, les Ministres chargés de la santé publique des Etats Membres approuvaient la «Recommandation du Conseil sur le dépistage des cancers» [The Council of European Union, 2003]. Cette recommandation s'appuyait sur le consensus de Vienne de 1999 (Comité consultatif sur la prévention) qui insistait sur le besoin de l'adoption de programmes de dépistage organisé avec des invitations personnelles et une assurance qualité.

Le Conseil approuva la recommandation de dépistage organisé pour 3 cancers (col utérin, sein, colon). Pour le col utérin il recommandait la mise en place de dépistages organisés, pour les femmes à partir de 20-30 ans et jusqu'à au moins 60 ans, par FCU tous les 3-5 ans. [46]

Fréquence de dépistage	Age cible	Nombre de frottis par femme	Réduction de l'incidence cumulée (%)
Chaque année	20-64	45	93
Tous les 3 ans	20-64	15	91
Tous les 3 ans	25-64	13	90
Tous les 3 ans	35-64	10	78
Tous les 5 ans	20-64	9	84
Tous les 5 ans	25-64	8	82
Tous les 5 ans	35-64	6	70
Tous les 10 ans	25-64	5	64

Tableau 5: Efficacité calculée des différentes politiques de dépistage. La réduction attendue de l'incidence des cancers invasifs du col utérin sur une hypothèse de 100% de participation [46, 52]

En France, les recommandations en termes de politique de dépistage, pour la fréquence de réalisation des FCU et pour la tranche d'âge cible, sont dans les normes européennes. Par contre, en dehors de quelques programmes départementaux, il n'y a pas de dépistage organisé au niveau national.
La recommandation Européenne stipulait bien que ce dépistage ne devrait être proposé que dans le cadre d'un dépistage organisé, c'est-à-dire incluant des procédures de suivi et d'évaluation à tous les niveaux (invitation, participation, test de dépistage, suivi des personnes dépistées positives, traitement, suivi post-traitement et confidentialité des données). [46]

En 2004, seulement 7 pays en Europe avaient déjà mis en place des programmes de dépistage organisé au niveau national. (Finlande, Royaume-Uni, Danemark, Suède, Islande, Pays-Bas et Norvège). Depuis, d'autres les ont rejoints. (Annexe 6)

Le dépistage organisé du cancer du col par le frottis cervico-utérin est l'exemple type de dépistage coût-efficace comme l'ont souligné l'OMS [WHO 2002] et le CIRC [IARC 2005]. [32, 46, 53]
Saisie par la ministre de la santé, la Haute Autorité de Santé a évalué les différentes stratégies de dépistage du cancer du col de l'utérus et le 15 novembre 2010 lors d'un communiqué de presse, elle recommande la mise en place d'un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en France. [4]
Ses recommandations visent prioritairement à favoriser l'augmentation du taux de couverture global de ce dépistage, et dans le même temps à en corriger la structure afin de lutter contre les inégalités d'accès à la prévention et de limiter le surdépistage. [3]

La HAS souligne que ce dépistage organisé répondrait aux enjeux de rationalisation des moyens mis en œuvre dans le secteur de la santé : les ressources actuellement consacrées au dépistage individuel par l'Assurance maladie permettraient de financer le dispositif recommandé par la HAS. [3]
Elle pointe du doigt que ce n'est pas un problème de financement (puisque la dépense est faite, seulement mal répartie), mais un problème d'organisation.

Les programmes de dépistage bien organisés auraient un impact supérieur au dépistage individuel parce qu'ils permettraient d'atteindre une participation plus importante et amélioreraient l'équité d'accès et la probabilité de toucher des femmes à risque plus élevé. De plus, le dépistage organisé implique l'apport de mesures d'assurance qualité qui sont activement contrôlées.

4. Les bénéfices attendus du dépistage organisé

4.1 Amélioration du taux de participation

Les pays organisant au plan national un dépistage du cancer du col de l'utérus ont pour la plupart des taux de couverture relativement élevés de la population cible avec toutefois une grande variabilité.
Dans les pays du nord de l'Europe, la participation observée dans le cadre du dépistage organisé est particulièrement élevée. Pour exemple, en 2000, la participation était de 75% au Danemark, 93% en Finlande, 77% au Pays–Bas et de 82% en Suède [46, 54, 55]. En 2003, la participation était de 80% en Grande-Bretagne. [46]

En France, le taux a pu être mesuré pour les premiers sites pilotes départementaux de dépistage organisé. [46]
Le programme en Alsace fut un succès en termes de participation après 10 ans de fonctionnement. Le taux de couverture avait atteint 73,2% sur 3 ans et 86% sur 5 ans. Le gain de participation a été très marqué chez les femmes de plus de 50 ans (+10%). [56]
Pour le Doubs, l'ORS de France Comté a fait un état des lieux pour 2 périodes 93-95 et 96-2001. Le taux moyen de couverture sur toute la population 20-64 ans était respectivement de 58% et 59%. [57]

Une analyse a été conduite à partir des données de remboursement du régime général de l'Assurance maladie (EGB). Après ajustement sur l'offre de soins (nombre de gynécologues) et le niveau socio-économique (taux de bénéficiaires de la CMUc), il a été observé une différence statistiquement significative sur le taux de couverture à 5 ans (un impact positif en

termes de taux de couverture de près de 5 %) pour les départements en dépistage organisé. Chez les femmes âgées de 50 à 65 ans, un impact significatif positif du dépistage organisé a également été mesuré (+ 8,5 % de couverture). [3]

4.2 Amélioration en termes d'incidence et de mortalité

Un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus peut réduire jusqu'à 80 % l'incidence et la mortalité parmi les femmes dépistées. [32]

La comparaison des évolutions observées dans les différents pays nordiques a permis de conclure à l'intérêt du dépistage organisé par rapport au dépistage individuel.
Dans la littérature, pour différents pays disposant ou non d'un dépistage organisé ou d'un dépistage individuel, la comparaison de leur situation observée sur le plan de l'incidence des cancers est en faveur du dépistage organisé. [58]

Depuis le début des années 1950, au Danemark, en Finlande, en Islande, en Norvège et en Suède, l'évolution de la mortalité par cancer du col de l'utérus a été étudiée en relation avec l'intensification des programmes de dépistage organisé dans ces pays.
Un parallélisme clair a été trouvé entre la couverture en termes de population atteinte par les programmes de dépistage organisé et la diminution de l'incidence du cancer invasif du col utérin.
Entre 1965 et 1982, pour chacun de ces 5 pays, les taux cumulés de mortalité (0-74 ans) ont diminué. L'Islande, où le programme national a la plus large tranche d'âge, avait la plus importante baisse de mortalité (80%). La Finlande et la Suède ayant également des programmes d'envergure nationale, ont vu chuter la mortalité respectivement de 50 et 34 %. [46]

En France, l'impact d'une organisation du dépistage a été modélisé en comparant une situation proche de la situation actuelle avec celle d'un dépistage organisé (modèle alsacien).
Les deux stratégies diffèrent sur trois aspects :

- Une augmentation de la couverture du dépistage.
- Une amélioration de la qualité des prélèvements (diminution du nombre de prélèvements jugés non exploitables).
- Un meilleur suivi des frottis anormaux et un moindre traitement des CIN1.

La modélisation a permis d'évaluer l'impact d'une organisation nationale du dépistage sur différents points.

L'organisation du dépistage réduirait l'incidence de 14,2 %, et de 20,3 % pour les stades supérieurs à I puisque les cancers seraient dépistés à des stades plus précoces.
Une couverture augmentée et conjuguée à un meilleur suivi des FCU anormaux conduirait au diagnostic de 31 000 lésions précancéreuses, soit une augmentation de 27,5 %.
Le nombre de décès à 5 ans serait réduit de 18,1 %.
Au total, 434 cancers et 124 décès seraient ainsi évités. [3]

4.3 Rapport coût-efficacité acceptable

Des travaux conduits en Europe du Nord ont montré que les programmes les plus efficients étaient les programmes organisés par rapport au dépistage individuel.

En France, une modélisation récente (citée précédemment) a mis en évidence qu'un dépistage organisé pratiqué dans les conditions de l'expérimentation menée en Alsace se traduisait par un ratio coût-efficacité d'un niveau acceptable :

- Les coûts médicaux directs du dépistage actuel du cancer et de la prise en charge de ces lésions ont été estimés pour une situation proche de la situation actuelle en l'absence de données nationales sur les pratiques professionnelles.
  Dans cette situation, le coût du dépistage (incluant le suivi des frottis anormaux) est estimé à près de 274 millions d'euros, dont 152 millions financés par l'Assurance maladie. Au total, les coûts médicaux directs sont estimés à 332 millions d'euros par an. (Ajout du coût des traitements des lésions précancéreuses et des cancers).

- En situation de dépistage organisé:
  - le coût du dépistage s'élèverait à 300 millions d'euros (une augmentation de 9,4 %) ;
  - le coût du traitement des lésions précancéreuses et des cancers diminuerait d'environ 6,6 %.

  Les coûts médicaux directs s'élèveraient à 353 millions d'euros. En y ajoutant le budget de la structure de gestion, le total serait près de 368,5 millions d'euros. Le coût par cancer évité est alors estimé à 85 000 euros (49 000 € par cancer évité dans la perspective de l'Assurance maladie), à rapprocher du rapport coût/efficacité de 22 700 € par année de vie sauvée calculé dans le modèle de l'InVS. [3]

DEUXIEME PARTIE :

L'étude…

I. Intérêts et Objectifs de cette enquête

Le cancer du col de l'utérus est un candidat idéal pour le dépistage et pourrait potentiellement devenir une maladie rare en France.
Cependant il est encore responsable de près de 1000 décès par an en France.
Comme nous l'avons déjà vu dans la première partie, le dépistage individuel aurait des limites avec un taux de couverture de seulement 57 % et présentant des inégalités qui ne permettent ni d'assurer l'équité des femmes face au dépistage, ni de leur offrir une prise en charge de qualité égale.

Beaucoup d'études et de thèses, aussi bien qualitatives que quantitatives, ont démontré l'existence d'obstacles au dépistage rencontrés par les patientes comme par les médecins. Certaines de leurs conclusions émettaient l'hypothèse d'un intérêt de la mise en place d'un dépistage national organisé pour remédier à ces limites.
En parallèle, de nombreuses expériences européennes et de certains départements « pilotes » français, ont démontré l'efficacité du dépistage organisé du cancer du col par rapport à l'individuel. Les politiques de santé actuelles en incitaient donc la mise en place nationale.
Les différents freins et la forte inégalité de dépistage concernant les femmes sont des problèmes majeurs rencontrés par le dépistage individuel.
Le dépistage organisé est-il la solution ?

Notre objectif principal est donc de recueillir les points de vue des femmes de la tranche d'âge cible, sur la mise en place d'un dépistage national organisé pour le cancer du col utérin et de savoir comment elles l'envisageraient, afin de remédier aux freins et d'inciter plus de femmes au dépistage.
Secondairement, cela nous permettra de confronter leur discours avec les expériences actuelles Européennes et « pilotes » Françaises, afin de générer des hypothèses pour une amélioration du dépistage.

II. Matériel et Méthode

1. Choix de l'analyse qualitative

Avoir recours à une méthode de recherche, qu'elle soit quantitative ou qualitative, relève d'une même démarche scientifique avec élaboration d'une question et d'une méthode adaptée pour y répondre.
Souvent mises en opposition, ces deux types de méthodes sont pourtant complémentaires.
Seule la question de recherche oriente sur le choix de la méthode.

Le but des méthodes qualitatives de recueil de données est de pouvoir appréhender des phénomènes, de chercher à les comprendre et à expliquer leur impact sur les façons de faire et de penser des populations, phénomènes que l'on ne peut qu'appréhender de cette manière. L'enquête qualitative permet de rendre compte de la complexité du réel là où, bien souvent, l'enquête quantitative, par questionnaire, en dresse un portrait simplifié.

Notre choix s'est donc porté sur **une étude qualitative inductive**, afin de mieux comprendre les attitudes, les points de vue et propositions des femmes face au dépistage du cancer du col de l'utérus actuel et à l'éventuel mise en place d'un dépistage organisé national. Cela a permis d'atteindre les différents objectifs précédemment exposés.

En effet grâce à cette méthode, nous avons pu :

- Recueillir des données sur les motivations, les freins, les pratiques ainsi que les opinions et propositions des femmes cibles, puis de les traiter et les interpréter, à travers l'analyse du discours, en vue d'établir des hypothèses pour un projet qui fasse sens dans le contexte actuel.
- Impliquer ces femmes autour d'une problématique qui les concerne.
- Confronter leur discours aux pratiques réelles en France et ailleurs, afin d'identifier les éventuels points à mettre en place ou à modifier.

Ce type d'étude, appliqué à ce problème de santé publique, a permis ainsi de déduire des concepts et des hypothèses auxquels il est intéressant et nécessaire de répondre.

2. Constitution de l'échantillon et recrutement

Pour cette étude, tout d'abord nous avons défini les critères d'inclusion et de repérage de la population cible à étudier. (cf. 2.1 Population cible et critères d'inclusion)
Puis, nous avons établi différents critères de sélection témoignant de diversité, afin d'obtenir une représentativité qualitative. (cf.2.2 Les différents critères témoignant d'une bonne diversité).
La population à étudier est largement échantillonnée afin d'explorer la plus grande diversité possible du thème étudié. C'est cette diversité qui est la source de la richesse des données.
En effet, à l'inverse de l'étude quantitative où l'échantillon doit être représentatif de la population générale, la recherche qualitative s'intéresse à une population hétérogène dont l'objectif ici, est d'obtenir une compréhension approfondie des points de vue de femmes recrutées au travers d'entretiens les plus variés possibles.

2.1 Population cible et critères d'inclusion

Le panel de la population étudiée répondait aux critères d'inclusion suivants :

- Etre une femme appartenant à la tranche d'âge cible pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, c'est-à-dire de 25 à 65 ans.
- Résider en Haute-Normandie.
- Accepter un entretien :
    - avec un enregistrement audio de son intégralité (en vue de son interprétation ultérieure),
    - d'une durée moyenne de 30 min.
- Accepter d'être recontactée si besoin.

Les critères de non inclusion définitifs ont été :

- L'absence d'au moins un des critères d'inclusion.
- Les sans réponse.
- Les reports à maintes reprises des rendez- vous fixés pour l'entretien.

Un critère de non inclusion avait été établi au départ puis secondairement annulé : le refus d'entretien en « face à face ».
En effet de nombreuses femmes, après avoir accepté de participer à l'enquête, ont refusé de faire des entretiens « en face à face » et ont demandé des entretiens téléphoniques. Finalement, en cours d'étude, nous avons décidé de laisser le choix aux patientes.

2.2 Les différents critères témoignant d'une bonne diversité.

Pour étudier notre thème avec la plus grande diversité possible, il était important de multiplier les points de vue en tenant compte de plusieurs axes. Nous avons alors recherché au moins une femme représentant une des situations de chaque axe.

- AXE 1 : **les caractéristique propres à la patiente**.
  Diversité en termes :
  - D'âge.
  - De situation personnelle : célibataire, en couple, mariée ou divorcée / avec ou sans enfants.
  - De niveau socio-économique et professionnel.
- AXE 2 : **la situation géographique**
  Diversité en termes de lieu d'habitation :
  - Rural.
  - Semi-urbain.
  - Urbain.
- AXE 3 : **le suivi médical des patientes.**
  Diversité concernant :
  - Leur suivi médical général.
  - Leur suivi sur le plan gynécologique.
- AXE 4 : **le dépistage par FCU**
  Diversité en termes :
  - De fréquence de réalisation :
    - aucun dépistage,
    - dépistage exceptionnel,
    - retard dans un dépistage régulier,
    - FCU réguliers.
  - D'acteurs le proposant.
  - De praticiens le réalisant.

2.3 Le recrutement

Différents moyens ont été utilisés pour rechercher les femmes pouvant être potentiellement inclus dans notre étude : (de mai 2012 à janvier 2013)

- Par un premier contact, sur le temps des consultations lors de mes remplacements.
- Par l'intermédiaire de différents confrères médecins titulaires ou remplaçants lors de leurs consultations, en recrutant selon les différents critères que je leur précisais au fur et à mesure. Ils ont demandé alors aux patientes correspondantes, si elles accepteraient de participer à une étude concernant le frottis et le dépistage du cancer du col de l'utérus, dans le cadre d'une thèse de médecine générale.
- Par contact téléphonique avec des centres d'hébergement. Le premier contact était avec la directrice et les éducatrices de chacun des centres, durant lequel j'ai expliqué mon travail. Elles ont ensuite recherché parmi les résidentes respectant les critères d'inclusions, celles qui accepteraient de participer.
- Par l'intermédiaire d'une tierce personne hors cadre professionnel, par bouche à oreille, auprès de femmes respectant les critères d'inclusion et de diversité.

Lors de chacun de mes premiers contacts téléphoniques ou sur mon lieu de consultation, je me présentais, j'expliquais aux femmes le sujet de mon étude. Je leur précisais que l'enquête se déroulerait sous forme d'un entretien anonyme, d'une durée d'environ 20 à 30 minutes, enregistré pour me permettre une analyse ultérieure. J'ai également évoqué la possibilité qu'elles puissent être recontactées, si cela s'avérait nécessaire, selon l'évolution de l'étude au fur et à mesure des différents autres entretiens.
Après accord, nous fixions alors un rendez-vous pour l'entretien.

2.4 Taille de l'échantillon

Dans une étude qualitative, une seule information ressortant du discours peut avoir un poids équivalent à une information répétée un grand nombre de fois dans une enquête par questionnaire. En fait, les informations issues des entretiens n'ont pas besoin d'être validées par leur probabilité d'occurrence.

Pour définir la taille finale adéquate de notre échantillon, nous avons appliqué **le principe de la saturation théorique**, c'est-à-dire que la collecte des données s'est arrêtée lorsqu'elle n'apportait plus d'information nouvelle.

3. Matériel et recueil de données

Il existe plusieurs méthodes de recueil des données qualitatives mais c'est l'entretien semi-directif qui nous a semblé le plus approprié pour atteindre notre but. Ces entretiens se sont déroulés à l'aide d'une trame, nommée « guide d'entretien », qui comportait les éléments clés, les thèmes et questions à aborder.

3.1 Elaboration du guide d'entretien

Ce guide d'entretien nous a servi de support et a permis de recueillir des opinions les plus diverses possibles.

Il contenait des thèmes et sous-thèmes à aborder :

- **Un premier temps pour** :
    - les caractéristiques des femmes : Age, situation familiale, nombre d'enfant, niveau scolaire, profession et lieu d'habitation.
    - Les renseignements concernant leur suivi médical général et gynécologique ainsi que leur suivi par FCU.
    - Leurs freins et ressentis face aux examens gynécologiques et frottis.
    - Leur connaissance sur le FCU et sur le cancer du col de l'utérus et son dépistage
- **Un second temps** avec un bref topo sur le cancer du col et son dépistage.
- **Et la dernière partie** qui comportait plusieurs thématiques à aborder sur la mise en place du dépistage organisé :
    - Opinions face à la mise en place éventuelle d'un dépistage organisé national pour le cancer du col de l'utérus.
    - Propositions et préférences concernant l'organisation de ce dépistage.
    - Suggestions éventuelles pour remédier aux différents obstacles que rencontre le dépistage et pour toucher plus de femmes.
    - Les raisons de l'intérêt ou non d'un dépistage organisé national du cancer du col utérin.

Chaque grand thème était complété par des sous-thèmes.
L'ordre des thèmes avait été prévu selon une logique, mais selon l'évolution des entretiens et de leur dynamique propre, il ne restait pas figé et l'émergence de nouvelles questions était favorisée. Mais avant la fin de chaque entretien, tous les thèmes du guide étaient abordés.

3.2 Déroulement des entretiens

Dans une enquête de ce type, les entretiens peuvent être menés de différentes manières.
Les deux premiers ont été réalisés en « face à face », respectivement au domicile de chacune selon leur volonté, le jour et l'heure de leur choix.
Les 13 autres entretiens se sont déroulés par téléphone, suite à la demande des femmes.

Toutes les enquêtées avaient, bien sûr, donné leur accord pour l'enregistrement de l'entretien, après avoir été informées que c'était à des fins pratiques pour une analyse ultérieure et que l'anonymat serait respecté.

Les outils

Le matériel d'enregistrement utilisé était un dictaphone numérique, type OLYMPUS®.
Lors des entretiens en « face à face, celui-ci était placé de manière discrète pour essayer d'en faire oublier la présence et rendre l'échange plus libre et agréable.
Pour les entretiens téléphoniques, le dictaphone était accolé à mon téléphone programmé en mode haut-parleur.
Le guide d'entretien était imprimé sur feuillet et permettait de vérifier en fin d'échange que toutes les questions avaient été posées.

Les entretiens semi-dirigés

L'entretien semi-directif ne contraint pas les réponses de l'enquêtée, ni ne la dirige, mais il l'accompagne en vue d'aborder l'ensemble des thèmes en la laissant construire son propre discours.
L'entretien semi-directif était un échange avec les femmes, laissant libre cours à leurs ressentis et opinions sans les influencer.
Il a ainsi permis de combiner une attitude non-directive permettant l'exploration et la compréhension de leur pensée, avec un projet directif pour recueillir des informations sur les thèmes définis au préalable.
Les femmes se sont donc exprimées librement pour chaque thème sans jugement ou influence. Quand ces dernières rencontraient un blocage face à une question, je la reformulais afin de poursuivre l'échange.

4. Retranscription et Analyse des données [59, 60, 61]

Pour notre projet, c'est la méthode d'analyse inductive du contenu que nous avons choisie. Elle consiste à essayer d'aborder les données (=verbatim) avec le moins d'à priori possible et à faire ressortir, de manière inductive, les idées du texte. Elle s'oppose à l'approche "cadrée", dans laquelle le chercheur a déjà des hypothèses, et a établi une liste préalable de codes.

- La procédure comprend plusieurs étapes et est identique pour l'analyse de chaque entretien :

  Première Etape : ***Préparer les données brutes : la retranscription des données***

  Chaque entretien a été retranscrit fidèlement dans son intégralité sur PC, par écrit sur Microsoft Word.

  Ce texte, appelé verbatim, représente les données brutes de l'enquête. La retranscription organise le matériel d'enquête sous un format directement accessible à l'analyse. Plutôt que de traiter directement des enregistrements audio, il est préférable de les mettre à plat par écrit pour en faciliter la lecture et en avoir une trace fidèle (Auerbach, Silverstein, 2003).

  Chacun des entretiens a été rendu anonyme en lui attribuant un code correspondant à la patiente :

  - En premier, à l'ordre dans lequel les femmes ont été interviewées (F1 à F15).
  - Puis à leur âge.
  - Et enfin à un indice concernant leur dépistage par FCU (D^- : exclue du dépistage ou FCU occasionnel, D* : retard dans le dépistage, D+: dépistage très régulier).

  Exemple pour la première : F1, 65ans, D^-

  Deuxième Etape : ***Procéder à une lecture attentive et approfondie.***

  Une fois le texte prêt pour l'analyse, il est lu en détail à plusieurs reprises jusqu'à ce que l'on soit familiarisé avec son contenu et que l'on ait une vue d'ensemble des sujets couverts dans le texte.

  Troisième Etape : ***Le codage des données en procédant à l'identification et à la description des premières catégories.***

  C'est la méthode thématique qui fut utilisée.

  Il faut identifier des segments de texte qui présentent en soi une signification spécifique et unique (unités de sens). On crée un code (un mot ou une courte phrase) pour nommer cette nouvelle catégorie à laquelle l'unité de sens est assignée.

Et on fait la même chose pour les autres unités de sens.
D'autres segments de texte sont intégrés dans les catégories déjà « codées » pour lesquelles les unités sont significatives.

Quatrième Etape : ***Poursuivre la révision et le raffinement des catégories.***
À l'intérieur de chaque catégorie, on est amené à rechercher des sous-catégories, incluant des points de vue contradictoires ou de nouvelles perspectives.
Des catégories peuvent être combinées ou liées sous une autre catégorie quand leur signification semble similaire.

- Le regroupement organisé de cet ensemble (catégories, sous catégories...) forme ce que l'on appelle **la grille d'analyse** qui servira de trame à la présentation des résultats.
  La première grille d'analyse a donc découlé de l'analyse du premier entretien et elle a ensuite évolué au fur et à mesure de l'étude du contenu des autres entretiens.
  En effet, chaque nouvel entretien analysé peut contenir de nouvelles catégories ou sous catégories non encore prévues par la grille précédente. On peut même être amené à modifier certains regroupements. C'est un travail de va et vient entre toutes les données des différents entretiens pour aboutir à la version définitive de la grille d'analyse.

III. Résultats

1. Analyse de la population étudiée

Les femmes interrogées répondaient toutes aux critères d'inclusion et d'exclusion en tenant compte des critères de diversité détaillés ci-dessous : Caractéristiques des patientes, situations géographiques, suivi médical, fréquence des FCU et praticiens les réalisant.
Les patientes sont dénommées dans les tableaux suivants, de Femme 1 (F1) à Femme 15 (F15), classées par ordre de réalisation des entretiens, assurant l'anonymat des résultats.
Le nombre de patientes choisi répondait au principe de saturation théorique, permettant la constitution d'un panel de 15 femmes.

1.1 Caractéristiques des patientes

Le tableau ci-dessous montre une vue d'ensemble des caractéristiques respectives de chacune des femmes selon plusieurs critères reflétant la diversité de l'échantillon étudié.

Patiente	Age (ans)	Situation personnelle	Nombre d'enfants	Niveau d'étude	Profession
F1	65	divorcée	3	Certificat d'étude	Retraitée
F2	61	mariée	4	primaire	Sans emploi
F3	42	célibataire	0	collège	Sans emploi
F4	54	mariée	6	lycée	Sans emploi
F5	60	mariée	1	BEPC	Retraitée
F6	30	mariée	2	BEP	Coiffeuse
F7	31	célibataire	1	lycée	ASH
F8	62	célibataire	0	CAP	Retraitée
F9	57	en couple	1	Bac	Inspecteur
F10	52	mariée	5	CAP	Agent d'entretien
F11	62	en couple	4	BTS	Mère au foyer
F12	35	mariée	0	Bac+2	Chargée d'exploitation
F13	29	en couple	1	Bac +5	Gérante restaurant
F14	31	en couple	2	Bac+ 3	Infirmière
F15	50	divorcée	0	BEP	Fonctionnaire

Tableau 6: Les différentes caractéristiques des patientes étudiées.

1.2 Répartition géographique des lieux d'habitation

Patiente	Lieu d'habitation
F1	Semi-urbain
F2	Semi-urbain
F3	Urbain
F4	Urbain
F5	rural
F6	rural
F7	Urbain
F8	Urbain
F9	Semi-urbain
F10	Urbain
F11	rural
F12	rural
F13	Semi- urbain
F14	Semi- urbain
F15	Urbain

Tableau 7: Situation géographique des patientes

1.3 Le suivi médical

Patiente	Suivi sur le plan général	Suivi par FCU		
		Fréquence	Par le MG	Par le gynécologue
F1	Tous les 3 mois	0 depuis des années	×	
F2	Rarement	Rarement	×	
F3	Tous les mois	jamais		
F4	Tous les 3 mois	Rarement	×	×
F5	Tous les 6 mois	Régulier mais 1 retard	× (m)	× (nm)
F6	Régulièrement	Régulier mais 1 retard	×	
F7	Rarement	Régulier mais 1 retard		×
F8	Tous les 6 mois	0 depuis des années	×	
F9	Régulièrement	Régulier mais 1 retard	×	
F10	Régulièrement	ASC-US non contrôlée	×	
F11	tous les 3 mois	Tous les 18mois		×
F12	Si nécessaire	Tous les 6 mois	× (FCU)	× (PMA)
F13	Si nécessaire	Tous les ans		×
F14	Très rarement	Tous les 2 ans		×
F15	Occasionnellement	Tous les 2 ans		× endométriose

× : suivi par

(m) : ménopausée, (nm) : non ménopausée

Tableau 8: Le suivi médical des patientes

1.4 Les praticiens réalisant leur FCU

Patiente	Praticien réalisant les Frottis
F1	Au laboratoire
F2	Au laboratoire
F3	Néant
F4	Au laboratoire
F5	Avant par le gynécologue et depuis la ménopause par le médecin traitant
F6	le médecin traitant
F7	le gynécologue
F8	le médecin traitant
F9	le médecin traitant
F10	le médecin traitant
F11	le gynécologue
F12	Le plus souvent par le médecin traitant et parfois par son gynécologue
F13	le gynécologue
F14	le gynécologue
F15	le gynécologue

Tableau 9: Les praticiens réalisant leur frottis cervico-utérins.

2. Etat des lieux sur leur dépistage individuel

2.1 Inégalité du dépistage entre les femmes

D'un côté, une proportion de femmes est très peu dépistée « Cela fait des années que je n'ai pas fait de frottis .Le nombre de frottis dans ma vie est de 3-4, c'est bien le maximum » (F1, 65ans, D⁻) et parfois même n'ayant jamais participé au dépistage : « je n'en ai jamais fait de frottis. » (F3, 42ans, D⁻). Alors pourtant qu'une majorité d'entre elles sont suivies par ailleurs régulièrement sur le plan médical : « Je vais voir tous les 3 mois mon médecin généraliste pour mon diabète […] Je ne suis pas suivie régulièrement, il y a 8 ans entre mes deux derniers frottis » (F4, 54ans, D⁻).

De l'autre, des femmes ont des FCU réalisés de manière trop rapprochée par rapport aux recommandations : « Je crois que tous les ans j'ai eu un frottis depuis mes 17 ans » (F13, 29ans, D+).

2.2 Les limites rencontrées par le dépistage individuel

a) Liées aux femmes

De nombreuses réticences de la part des femmes sont responsables d'une mauvaise ou non-participation au dépistage telles que :

- La pudeur : « Pour mon compte personnel, le problème sera toujours là, je suis pudique. […] je n'irai pas le faire. Ce sera le même souci pour moi, ils passeront quand même toujours par-là » (F1, 65ans, D⁻).
- L'appréhension du geste « Il y a la peur, peur d'avoir mal» (F3, 42ans, D⁻) et du résultat : « C'est la peur d'un mauvais résultat » (F3, 42ans, D⁻).
- La plus grande sensibilité lors de l'examen, chez les femmes ménopausées, à cause de la sécheresse vaginale : « Il y a des femmes un peu plus âgées qui peuvent être plus gênées et plus sensibles pour cet examen, étant donné la sécheresse. Cela peut jouer sur le fait qu'elles ne se fassent pas dépister » (F15, 50ans, D+).

La négligence de la part de la population cible est l'un des freins important auquel est confronté le dépistage individuel. Il peut s'agir :

- D'un Oubli : « Pour le frottis, j'oublie puis je n'y vais pas après » (F2, 61ans, D⁻).

- D'un relâchement sur la régularité du suivi gynécologique, en fonction du mode de contraception : « Avant, j'avais une contraception par pilule donc j'allais voir mon médecin régulièrement pour mon renouvellement et je devais faire aussi mon frottis. Mais depuis quatre ans, j'ai un stérilet et je ne me suis pas fait suivre depuis sur le plan gynécologique. C'est uniquement de la négligence. »
  (F6, 30ans, D*).
- D'un manque de temps, dépassées par les choses de la vie quotidienne : « Le retard vient de moi .On est débordée. Je n'ai pas pris le temps de rappeler, comme me l'avait demandé le gynécologue, pour prendre un rendez-vous. C'est de ma faute » (F7, 31ans, D*).
- D'un relâchement à partir de la retraite : « Depuis que je suis à la retraite, je me suis relâchée, je me suis négligée. Je ne prends pas le temps. J'ai un an de retard pour mon frottis. Ça fait quatre ans que j'ai fait le dernier» (F5, 60 ans, D*).
- D'un arrêt du suivi gynécologique à partir de la ménopause : « Le plus gros du problème, je pense que c'est pour les femmes d'âges murs. A partir du moment où elles sont ménopausées, qu'il n'existe plus de risque de grossesse, elles ne se font plus suivre sur le plan gynécologique » (F9, 57ans, D*).

La méconnaissance des patientes et le défaut d'information reçue sur le cancer du col et son dépistage peut expliquer la non-adhésion au dépistage.

- Une des patientes pensait être protégée contre le cancer du col utérin par son moyen de contraception orale « en fait, je pensais qu'après avoir pris la pilule, c'était fini pour le frottis. » (F2, 61ans, D^-).
- L'absence de notion sur l'évolution lente de la maladie peut être responsable d'un arrêt du dépistage : « Je n'ai pas de petit ami en ce moment, donc je ne risque plus rien, je n'ai pas besoin de le faire » (F3, 42ans, D^-), ainsi que la méconnaissance de la tranche d'âge cible concernée par ce dépistage: « Le nouveau médecin remplaçant vient de me dire que le dépistage se faisait jusqu'à 65 ans. Alors, j'étais étonnée » (F8 ,62ans, D^-).
- L'intérêt d'un dépistage régulier à fréquence recommandée par FCU n'est pas connue de toutes : « il y a des gens qui le font au moins une fois dans leur vie et qui après ne le font plus, par manque d'information. » (F4, 54ans, D^-).

Malgré leurs connaissances et une prise de conscience de l'importance de se faire dépister, elles peuvent **continuer à refuser le dépistage** : « Je n'en ai jamais fait de frottis […] Le frottis, c'est pour le dépistage du cancer du col de l'utérus […] je sais que c'est dangereux, il faut surveiller […] il faut faire le frottis tous les 3 ans » (F3, 42ans, D^-).

b) Liées aux praticiens

Il est ressorti de l'étude que des freins liés à la pratique des médecins étaient parfois à l'origine de la non-participation régulière au dépistage tels que :

- Le manque de temps des médecins lors des consultations habituelles (souvent saturées par les multiples motifs de consultation) : « En fait, au cours des consultations habituelles, il y a plein de choses à gérer. Je pense que souvent les médecins n'ont pas le temps de nous expliquer » (F10, 52ans, D*).
- Le manque d'information donné aux patientes, par les médecins sur le geste, avant et pendant la réalisation du frottis «le frottis, ça me gênait […] en fait, quand on ne sait pas comment ça se passe… » (F2, 61ans, D⁻). Mais aussi sur le cancer du col de l'utérus et son dépistage : « Ce n'est pas un geste désagréable .C'est surtout le manque d'information qui fait que je ne suis pas suivie » (F4, 54ans, D⁻).
- Le manque de proposition de la part du médecin, pour la réalisation d'un examen gynéco ou d'un FCU « cela fait plusieurs années […] plusieurs fois qu'elle ne me l'a pas proposé. J'en ai déduit que j'étais arrivée à l'âge où l'on arrêtait de les faire […] Si elle m'avait dit de continuer à le faire, je l'aurais fait » (F8 ,62ans, D⁻).
- La prise en charge et le suivi d'une pathologie importante pouvant être faite parfois au détriment de la prévention et du dépistage « Mon frottis remontait à 2010, il était ASC-US. La remplaçante me l'a donc refait il y a 1 semaine […] Habituellement, je faisais des FCU régulièrement. Mais là, au cours des consultations, le médecin généraliste s'occupait surtout d'un problème : j'avais les artères bouchées. Donc, cela a repoussé la prise en charge gynéco […] Finalement aux vues des derniers résultats, il s'est avéré que j'ai un problème au niveau de l'utérus. » (F10, 52ans, D*).

c) Autres

Il peut exister également un oubli des deux partis : « C'est un oubli de ma part: j'ai toujours fait régulièrement mon frottis quand je prenais la pilule .Maintenant que je suis ménopausée […] on a moins l'occasion d'aller chez le médecin, si tout va bien .Donc je me suis fait un peu moins suivre depuis ma ménopause .Mais c'est également un oubli de la part de mon médecin : cela fait deux ans que je prends un traitement contre l'hypertension, je la revois donc plus régulièrement. Mais bon, ce n'est qu'un petit oubli de seulement un an »
(F9, 57ans, D*).

Le dépistage du cancer du col utérin serait moins médiatisé par rapport aux autres dépistages « Je trouve qu'on parle beaucoup du cancer du sein, du cancer du côlon mais qu'on ne parle pas assez du cancer du col. » (F10, 52, D*).

Et pour terminer, un des freins au dépistage le plus évoqué : les problèmes financiers de certaines populations à l'origine d'une difficulté d'accès au soin et par conséquent au dépistage : « Avec la conjoncture actuelle, certaines femmes ne se font pas dépister. À cause de nos problèmes d'argent, certaines ont supprimé leur mutuelle. » (F8 ,62ans, D⁻).
Les dépassements d'honoraire de certains praticiens en secteur 2 ont d'ailleurs été pointés du doigt : « Il y a aussi ce problème là …Il y a beaucoup de gynécologue ou de médecin en secteur 2 avec dépassement d'honoraire. Si ça génère un trop gros coût, il y a des gens qui ne vont pas se faire dépister. » (F15, 50ans, D+).

3. Les Sentiments éprouvés face à un examen gynécologique et à un FCU par les femmes

L'étude a montré la diversité des patientes à laquelle le dépistage est confronté. Les sentiments éprouvés par les femmes à l'annonce du FCU et au moment du geste, sont très variés et même peuvent être contraires.

3.1 A l'annonce du FCU et en vue de sa réalisation

Les ressentis sont divers et parfois opposés selon les femmes.

Dun côté, il y a la peur par rapport au geste en lui-même: «A l'annonce d'un examen gynéco, on est un peu stressée et pendant l'examen également » (F4, 54ans, D⁻).
Mais l'angoisse est aussi suscitée par le résultat du test et par la peur de la maladie : «comme pour tout examen, ça fait peur. C'est l'appréhension des résultats » (F5, 60ans, D*).
Chez certaines d'entre elles, ces sentiments prennent le dessus et sont responsables de leur irrégularité dans leur FCU, voire de leur non dépistage.

A l'inverse, certaines femmes envisagent l'examen gynécologique et la réalisation du frottis avec sérénité : « j'y vais sereinement, que ce soit pour le geste qui n'est pas agréable mais qui est tout à fait supportable ou pour le résultat […] Ça peut être paradoxal, parce que lors de tout examen il y a quand même un risque de trouver quelque chose d'anormal. Mais moi, ça ne m'a jamais effleuré l'esprit.» (F14, 31ans, D+).

L'importance d'être bien dépistée et diagnostiquée :

- peut être à l'origine d'une absence d'hésitation face à la réalisation du dépistage : « je n'ai jamais eu de réticence. Au contraire, je préfère savoir les choses tant qu'il est encore temps. Il vaut mieux découvrir les problèmes à temps plutôt que trop tard. » (F10, 52ans, D*),
- ou bien, peut l'emporter devant une appréhension sous-jacente initiale. En effet, certaines luttent contre et dépassent leurs ressentis négatifs, préférant connaitre les choses à temps pour pouvoir les prendre en charge le plus tôt possible « quand il faut le faire, il faut le faire. Il est préférable de faire un dépistage même si ce n'est pas le genre de truc agréable, plutôt que de ne rien faire du tout et se retrouver avec un problème qui aurait pu être évité » (F8 ,62ans, D^-).

Parfois même, des FCU plus rapprochés rassureraient une partie des patientes : « deux ans, je trouve que ça fait beaucoup trop long.» (F11, 62ans, D+).

Il y a également de l'étonnement qui peut être ressenti devant l'inconnu : « je vais très rarement chez le médecin, donc j'étais très étonnée la première fois que l'on me l'a proposé. » (F2, 61ans, D^-).

3.2 Lors de la réalisation du frottis

L'examen gynécologique est souvent évoqué comme intrusif et gênant « Pour moi, c'est toujours quelque chose de gênant bien sûr […] vous savez, je suis une personne assez pudique. » (F1, 65ans, D^-) ou encore comme un examen désagréable « Ce n'est jamais une partie de plaisir, c'est désagréable » (F5, 60ans, D*).

A l'inverse, une partie des femmes qui ont pris l'habitude de faire régulièrement leur FCU, le perçoit comme un acte tout à fait « naturel » : «J'ai toujours fait des examens gynécologiques régulièrement […] c'est naturel pour moi » (F9, 57ans, D*) et défini comme rapide et supportable : « Le frottis c'est un geste très rapide, qui pour moi est très supportable » (F14, 31ans, D+).

4. Que pensent–elles de la mise en place d'un dépistage organisé ?

4.1 Organisé ou pas, certaines n'iront pas

Comme nous l'avons déjà vu, l'examen du FCU est perçu comme intrusif se heurtant à la pudeur de certaines femmes.

Que ce geste soit réalisé dans le cadre d'un dépistage individuel ou d'un dépistage organisé, il restera perçu de la même manière : « Si les gens sont comme moi, un peu pudiques, même si c'est organisé, ils n'iront pas, je pense. […] Je ne sais pas, quels moyens ils trouveront pour les faire venir. Mais pour mon compte personnel, le problème sera toujours là […] Ce sera pareil, je n'irai pas le faire » (F1, 65ans, D^-).

Et, même si elles ont conscience de l'importance du dépistage : « Je vais vous dire franchement […] si ça devenait organisé, je n'irai pas quand même. Je sais que c'est important de le faire, mais je n'irai pas. » (F1, 65ans, D^-).

4.2 Efficacité du dépistage organisé, mais dans quelles mesures ?

Toutes les enquêtées, à l'exception d'une, pensent que l'organisation généralisée permettrait d'améliorer le dépistage. Mais une partie d'entre elles a affirmé qu'il resterait malgré tout, des femmes qui continueront à ne pas adhérer au dépistage « Le dépistage organisé permettrait d'augmenter le nombre de dépistées par rapport au dépistage actuel. Mais, ça ne pourra pas toucher toutes les femmes. Certaines en recevant le courrier vont se dire ″ ils me cassent les pieds, je ne veux pas le faire donc je ne le ferai pas″ » (F11, 62ans, D+).

Les différents dispositifs qui pourraient être mis en place avec l'organisation de ce dépistage permettraient de couvrir une plus large population que le dépistage actuel. Mais chacune réagira différemment devant les différents moyens mis en œuvre: « Après, tout le monde ne réagit pas de la même façon .Certaines vont être touchées et iront se faire dépister.

Et d'autres n'iront jamais, quelles que soient l'information donnée et la motivation entreprise pour les inciter. » (F11, 62ans, D+).

4.3 Oui, au dépistage organisé

A jour dans leur dépistage ou bien n'en bénéficiant qu'occasionnellement, les femmes interrogées sont, en majorité, pour la mise en place d'un dépistage organisé national du cancer du col utérin .Et ceci pour des raisons diverses et variées.

a) l'Organiaation aerait une aolution pour améliorer le dépistage à différents niveaux :

- Elle faciliterait l'action de dépistage : « Moi, je trouve que les femmes iraient plus facilement se faire dépister. Si ça devenait organisé, cela serait beaucoup mieux.» (F10, 52ans, D*).
- Elle serait en charge d'action d'incitation et de motivation : « Ah, je suis pour […] C'est-à-dire que les femmes se sentiraient peut être plus motivées pour aller faire l'examen, donc elles seraient plus dépistées et donc mieux soignées. »(F15, 50ans, D+).
- Elle serait le pilier pour améliorer la régularité dans le dépistage : « Je trouve que c'est bien, pour les personnes n'y pensant pas d'elles- mêmes, d'organiser la chose en amont pour une meilleure régularité» (F13, 29ans, D+).
- Elle permettrait aux femmes d'outrepasser leur négligence : « sur le plan médical, si je reçois un courrier officiel et si j'en suis informée, incitée par mon médecin, ça me donnera beaucoup plus envie d'aller faire le frottis […] oui je pense que le dépistage organisé m'aurait permis d'être moins négligente » (F6, 30ans, D*).
- Elle serait une solution pour recruter des femmes ménopausées, qui peuvent être encore à risque, mais non suivies: « Le plus gros du problème, c'est pour les femmes d'âges murs. A partir de la ménopause, qu'il n'existe plus de risque de grossesse, elles ne se font plus suivre sur le plan gynécologique .Et le système organisé serait donc très bien pour cette catégorie de femmes. Surtout que de nos jours avec l'évolution de la société et les reconstitutions des familles, il y a beaucoup de nouvelles rencontres pour cette tranche âge. Des rencontres pouvant être à risque de contacter le virus et de développer le cancer, alors qu'elles ne sont plus suivies » (F9, 57ans, D*).
- Elle permettrait d'éviter un retard lié à l'absence de proposition de la part du médecin : « Je pense que ce serait mieux si c'était un dépistage organisé. Dans mon cas, mon ancien médecin regardait dans mon dossier et me disait quand le faire. […] Durant toute la période où elle ne me l'a pas reproposé, ne sachant pas, je n'en ai pas fait et je suis en retard de 10 ans […] Ça me permettrait d'y aller régulièrement jusqu'à l'âge de fin du dépistage. » (F8 ,62ans, D^{-}).

- Elle pourrait rétablir une meilleure égalité de dépistage entre les femmes : « s'il y a une information donnée dans le courrier, courte et claire sur le frottis et le cancer du col, je pense que cela serait bénéfique pour tout le monde. Les femmes non suivies, se sentiront plus concernées et iront mieux se faire dépister. Et celles qui font des frottis trop rapprochés, accepteront d'espacer à trois ans avec ces explications données. En fait quand tu sais pourquoi tu fais les choses, tu les acceptes plus» (F14, 31ans, D+).
- Elle permettrait une prise de conscience de l'importance de faire ce dépistage : « C'est un moyen pour mettre en garde les gens et de les avertir de la nécessité de se faire dépister » (F9, 57ans, D*).
- Elle généraliserait l'information et l'éducation, même aux plus jeunes : «Je pense que s'il était mis en place un dépistage organisé, ça changerait les choses […] Surtout pour les jeunes: plus tôt ils seront informés, mieux c'est.» (F10, 52ans, D*).
- Et elle mettrait tout en œuvre pour prévenir ce cancer au mieux pour chaque femme de la population cible « Moi je trouve que c'est très bien, mieux vaut prévenir que guérir. » (F13, 29ans, D+).

b) Le frottia et le cancer du col de l'utérua, ne aeront plua dea sujets de discussion « tabous »

Certaines pathologies concernant l'appareil génital féminin, notamment le cancer du col de l'utérus, sont perçues souvent comme des maladies « honteuses ». L'organisation du dépistage mettrait toutes les femmes cibles au même niveau face à ce cancer et à son dépistage, permettant ainsi secondairement une plus libre « expression » sur le sujet entre elle : « Le dépistage organisé mettrait les femmes toutes sur le même plan et permettrait un plus libre parler entre amies, collègues sur le sujet. Il y aurait comme un phénomène de « porte à porte » qui inciterait plus de femmes à faire leur frottis régulièrement […] On se dirait ″ tiens, j'ai reçu ma lettre pour mon frottis, il faut que j'y pense ″. En réponse, d'autres diraient ″Moi aussi. Je repousse toujours, j'irai c'est important″ ». (F14, 31ans, D+).

c) Solidarité par rapport aux femmes non suivies

Parmi les femmes dépistées régulièrement, toutes étaient en faveur de la mise en place du dépistage organisé et essentiellement pour permettre de toucher également celles qui n'y ont pas accès. « Je serais pour sa mise en place .En effet ce serait bien, même si moi je n'en ai pas l'utilité car j'en fais déjà régulièrement dans le cadre de la PMA. Mais effectivement pour les femmes non suivies, cela serait utile et bénéfique. » (F12, 35ans, D+).

5. Comment envisageraient-elles le dépistage organisé ?

A l'exception de l'une d'entre elles, toutes les femmes de l'échantillon, qu'elles aient des FCU rapprochés ou qu'elles soient exclues du dépistage, se sont senties concernées ou intéressées par le sujet.

Elles nous ont confié leurs attentes face au dépistage organisé. Elles nous ont apporté des idées pour son organisation, ainsi que des suggestions de projets intéressants pour remédier aux freins actuels et toucher une plus large population.

Les propositions faites, sont donc très diverses. Elles sont bien sûr influencées par leur situation personnelle, par leur vécu médical (et du dépistage), par leur condition sociale et par les attitudes de leur entourage ...

Les enquêtées peuvent proposer un même dispositif mais pour des raisons bien différentes. Elles peuvent être en opposition sur l'efficacité d'un moyen à mettre en place ou encore avoir des avis totalement différents sur les praticiens qu'elles désirent avoir pour la réalisation de leur FCU.

5.1 Invitation

a) Convocation

Différents modes de convocation ont été proposés tels que :

- Par le médecin traitant : « j'aimerais bien être invitée par mon médecin traitant […] que mon médecin traitant me dise à quel moment je dois les faire |…] qu'il m'informe et me convoque » (F4, 54ans, D⁻).
- Par mails **:** « pour moi, être convoquée par courrier ou par mail, je pense que ça serait suffisant. Ça nous permettrait de nous rappeler qu'il faut le faire à telle période et ainsi le faire régulièrement» (F6, 30ans, D*).
- Par un courrier : « Je crois que si on envoyait simplement un courrier aux femmes concernées, ça responsabiliserait déjà drôlement, je trouve. » (F13, 29ans, D+).

Mais parmi ces 3 types de convocations, le courrier a été le plus largement évoqué. Elles ont d'ailleurs vanté les mérites de différents systèmes de convocation par courrier tels que :

- Celui géré par les organismes de dépistage du cancer du sein et du colon : « Le système de dépistage du cancer du côlon et du cancer du sein est très bien avec une convocation par courrier. » (F9, 57ans, D*).
- Celui des vétérinaires pour les rappels de vaccination des animaux : « J'aimerais que cela se passe comme pour le rappel de vaccin de mes animaux […] Recevoir un courrier

de convocation, me disant que je suis à la date pour aller faire le dépistage. » (F7, 31 ans, D*).

Il a été également proposé, pour les femmes de la tranche d'âge 50-65 ans, de rapprocher les FCU à tous les deux ans, avec l'envoi commun d'un courrier pour le frottis et la mammographie. « Il faut faire le frottis tous les 3 ans, mais pour les femmes à partir de 50 ans, on pourrait le faire tous les deux ans. Je pense ″pratique″ : il suffirait seulement d'envoyer, en même temps que la mammo, le courrier pour le frottis.» (F11, 62ans, D+).

Cette convocation par courrier serait un moyen de remédier à de nombreux freins rencontrés par le dépistage individuel :

- Elle permettrait d'atteindre plus de femmes, même celles non suivies sur le plan médical ou gynécologique : « Pour les femmes qui n'ont pas de problème de santé ou qui ne sont pas suivies régulièrement, recevoir un courrier leur permettraient d'y penser et ainsi d'être mieux dépistées » (F9, 57ans, D*).
- Le courrier aurait un rôle de « Pense-bête » : «C'est important qu'on nous le rappelle. Ca deviendra alors machinal de prendre rendez-vous pour un frottis, immédiatement après avoir reçu cette convocation » (F7, 31 ans, D*).
- Elle aiderait les femmes à dépasser leur négligence : « On en parlait autour de moi. Mes amies me disaient de le faire mais j'ai toujours repoussé avec les choses de la vie quotidienne. Je pense que si j'avais reçu un papier officiel chez moi m'indiquant d'aller le faire, je n'aurais pas repoussé et j'aurais pris le temps. » (F6, 30ans, D*).
- Elle serait un moyen efficace d'alerte : « J'ai des collègues au bureau qui ne sont pas forcément suivies régulièrement mais dès lors qu'on les alerte par courrier, elles vont se faire dépister» (F9, 57ans, D*).
- Elle permettrait de pallier au manque de temps des médecins : « le médecin n'a pas toujours le temps d'essayer de prévenir chacune de ses patientes. […] Mais par courrier… je trouve que c'est un bon procédé » (F8 ,62ans, D^-) et également à leur manque de proposition : « cela fait plusieurs années que je ne l'ai pas fait. Avant mon médecin me le proposait et je le faisais, mais ça fait plusieurs fois qu'elle ne me l'a pas proposé […] un dépistage organisé avec un courrier que l'on reçoit […] ce serait quelque chose de bien programmé donc je serais bien mieux suivi » (F8 ,62ans, D^-).

b) Feuille d'information aaaociée à la convocation

Pour que le système d'invitation par courrier puisse être plus incitatif, il a été conseillé de l'accompagner d'un document d'information clair et frappant : « Je mettrais dans un même envoi, l'invitation ″allez prendre rendez-vous pour faire un frottis ″, mais aussi des informations nécessaires pour les inciter ″le cancer du col c'est ça […] et si vous allez vous faire dépister, ça vous permettra de l'éviter″ » (F13, 29ans, D+) ;
« Il faudrait avec le courrier d'invitation, mettre une lettre simple et courte qui rappellerait que c'est un geste rapide non douloureux avec un petit mot sur la maladie et l'importance du frottis pour la dépister à temps […] Ce que vous m'avez expliqué dans le topo, serait bénéfique » (F14, 31ans, D+)

Il s'agirait d'un dispositif incitatif en apportant une meilleure information, pour une meilleure compréhension et acceptation du dépistage de la part des femmes : « En fait, quand tu sais pourquoi tu fais les choses, tu les acceptes plus et tu es plus sensible au fait d'y aller et donc de prendre rendez-vous quand il le faut… » (F14, 31ans, D+).

c) Relances

La relance par courrier est un autre moyen incitatif attendu par les femmes de l'étude, dans le cadre de l'invitation au dépistage « c'est bien de relancer aussi, je pense. Personne n'a le temps de rien aujourd'hui […] vous pouvez récupérer, à mon avis, du monde sur le deuxième courrier... » (F13, 29ans, D+).
Voici le témoignage personnel d'une des femmes sur l'efficacité d'un système d'invitation-relance : « Pour le cancer du sein, une fois, j'avais oublié d'y aller, ils m'ont envoyé une lettre de relance […] j'y suis donc allée. Des relances, ça m'obligerait à le faire » (F2, 61ans, D^{-}).

5.2 Praticiens et lieux de réalisation

a) Les avis sont très divergents

De nombreuses propositions, non seulement variées et souvent opposées, ont été données par les patientes de l'échantillon étudié. Celles-ci ont toutes été exposées ci- après :

- Pas de préférence pour le praticien, ni pour le lieu de réalisation : « je n'ai pas de préférence pour le praticien […] que cela soit un homme ou une femme. Je n'ai pas de gêne particulière, ni de blocage sur ce point. On y va, on sait ce qu'on va y faire …on n'est pas des enfants, chacun doit prendre conscience que c'est important. […] Pour le lieu de réalisation : ça peut être tout aussi bien au cabinet de mon médecin que dans un

centre de dépistage, cela m'est égal. » (F5, 54ans, D*). Seule la compétence compte : « Tant que c'est fait par des gens compétents et qui sont aptes à le faire » (F5, 54ans, D*).

- Par un praticien de sexe féminin. Pour certaines, il s'agit d'une obligation : « mais dans tous les cas, par une femme médecin » (F3, 42ans, D^-), pour d'autres seulement une préférence : « j'ai une petite préférence, pour que le frottis soit réalisé par une femme. […] mais au cours de ma grossesse, j'ai été suivi par un gynécologue homme et ça ne m'a pas forcement dérangé plus que cela » (F6, 30ans, D*).
- Au laboratoire : « Que ce soit fait au laboratoire » (F2, 61ans, D^-).
- En ce qui concerne la création des Centres réservés au dépistage. Une d'entre elles, en souhaiterait la mise en place:« je préférerais que cela soit dans une structure réservée au dépistage » (F3, 42ans, D^-), mais d'autres sont totalement contre : « Pour les femmes déjà suivies, ça serait un gros problème de ne pas pouvoir continuer avec le médecin qui nous suit. Moi clairement, ça me ferait ″ ch…r″ d'aller voir quelqu'un d'autre […] D'ailleurs pour les femmes qui ne sont pas bien suivies, ce serait aussi une erreur de les orienter vers une structure réservée au dépistage […] Etant déjà réticentes, si en plus on leur dit d'aller voir un inconnu, ça ne va pas aller» (F14, 31ans, D+).
- Liste avec plusieurs praticiens proposés: « Donc si ça devenait organisé, ça serait bien que ça soit fait par des médecins, spécialisés pour le dépistage, qui nous seraient indiqués par courrier… » (F12, 35ans, D+). Avec si possible, le droit de changer de praticien d'un FCU à l'autre, pour une diversification et une meilleure prise en charge: « si ce n'est pas le même tous les trois ans, tant mieux au contraire je préfère, je serais même plus rassurée. C'est bien d'avoir plusieurs avis, si on peut dire. Si on arrive aux mêmes résultats, avec différentes personnes, c'est là où on se sent rassuré » (F12, 35ans, D+).
- Par un gynécologue uniquement « Pour ma part, je pense que la démarche d'une patiente est plus facile pour faire un frottis, quand c'est un gynécologue dont c'est le métier, il est″ spécialisé ″ on va dire, plutôt que chez un médecin généraliste .Pour moi intellectuellement, c'est plus simple » (F13, 29ans, D+).
- Par un Gynécologue ou par un médecin généraliste qui a un DIU en gynécologie : « moi, je pense que les médecins spécialisés sont bien pour faire le frottis […] oui après, les médecins généralistes qui ont une spécialisation en gynécologie, pourquoi pas ... » (F12, 35ans, D+).
- Par un gynécologue ou le médecin traitant habituel uniquement: « je sais que plusieurs corps de métier sont aptes à réaliser le frottis. Mais lors de ce dépistage je préférerais que ce soit fait, soit par un gynécologue, soit par mon médecin traitant habituel» (F6, 30ans, D*).

- Un autre praticien que le médecin de famille qu'elles connaissent trop : « Pour ce genre d'examen, ce n'est pas évident quand on a un médecin traitant depuis des années. […] J'ai eu le même médecin traitant depuis mon enfance jusqu'à mes 30 ans. Lorsqu'il m'a fait mes premiers examens gynéco, ça me gênait .Pourquoi ? Parce que je le connaissais trop. » (F12, 35ans, D+).
- Par le préleveur habituel : «oui au dépistage organisé, mais le frottis devra continuer à être réalisé à l'endroit où on a l'habitude d'être suivie […] pouvoir continuer à être examinée sur ce plan-là, par une personne en qui on a déjà confiance. » (F6, 30ans).

b) Importance « d'avoir le choix »

Malgré des avis très divergents sur leurs attentes concernant les préleveurs et les lieux de réalisation, il en ressort un point commun primordial : laisser le choix aux patientes et ne pas imposer : « le plus important c'est le choix. Il faudrait donc un dépistage organisé avec un système de convocation mais avec le choix, pour chaque personne différente, de pouvoir aller soit dans la structure de dépistage, soit chez son médecin habituel ou chez le médecin qu'elle désire » (F9, 57ans, D*).

5.3 Le Coût

Les problèmes financiers représentent une des limites importante du dépistage individuel. Toutes les femmes interviewées étaient pour la mise en place d'une prise en charge du dépistage mais étaient partagées quant aux bénéficiaires.

a) L'Organisation : Avis partagés

Certaines des femmes de l'étude sont pour un accès gratuit au dépistage, mais qui serait réservé à une partie seulement de la population.

Elles ont proposé la mise en place d'une prise en charge à 100% sans avance de frais pour les plus défavorisées avec : « La vie est difficile actuellement. Je pense que l'absence d'avance de frais ou la prise en charge à 100 %, seraient bien pour les personnes n'ayant pas les moyens » (F7, 31ans, D*), et une conservation de la prise en charge à 65 % par la sécurité sociable, pour les autres : « pour les personnes qui ont une mutuelle, je pense que le remboursement du frottis peut rester ainsi » (F7, 31ans, D*).

Mais à condition que les praticiens, pouvant réaliser le FCU dans le cadre de ce dépistage organisé, soient en secteur 1, sans dépassement d'honoraire. « Si c'est réalisé par médecin en secteur 1 uniquement » (F15, 50ans, D+).

Les autres sont, par contre, pour un accès gratuit au dépistage pour toutes : « dans le cadre du dépistage organisé, une prise en charge à 100% pour tout le monde, si c'est possible. » (F15, 50ans, D+).

b) Les raisons de sa mise en place

La mise en place d'une prise en charge financière du dépistage serait une action incitative pour couvrir une plus large population en permettant de remédier au frein du problème financier qui existe actuellement : « Si c'est un dépistage organisé, il faudrait que ce soit pris en charge à 100 % au moins pour les personnes qui n'ont pas les moyens, sinon vous n'allez toucher qu'une certaine population mais pas l'autre. » (F12, 35ans, D+).

En termes de coût, « mieux vaut prévenir que guérir » : « Je pense que pour la sécu, il vaut mieux mettre de l'argent dans une prévention, plutôt que dans les soins de cancer : cela reviendrait certainement moins cher et serait plus rentable pour le système de santé» (F11, 62ans, D+).

c) Importance de communiquer l'exiatence de cette aide

Si cette prise en charge est accordée pour ce dépistage, il serait nécessaire de le communiquer à tous, par différents supports d'information : « si cela passe à une prise en charge à 100 % pour une certaine catégorie de femmes, il faudra bien insister, bien communiquer cela aux patientes .Le dépistage couvrira ainsi une plus large population » (F13, 29ans, D+).

5.4 **Communication**

a) Campagne d'information et d'incitation par l'intermédiaire de la télévision et de la radio

Face à l'utilisation de campagnes d'information à la télévision ou à la radio, les avis sont divisés.

D'un côté, nous avons celles qui pensent qu'elles seraient un moyen de communication et d'information incitateur : « Il y a beaucoup de femmes au foyer qui ne sont pas forcément suivies .S'il y avait des campagnes à la télé ou à la radio, sur le cancer du col et son dépistage, elles seraient plus informées » (F10, 52, D*).

Il pourrait s'agir de spots marquants d'information, comme pour la sécurité routière : « les campagnes de la sécurité routière sont bien, même si c'est un peu trash. Un petit flash qui fait ressortir rapidement l'information nécessaire, c'est marquant et efficace je pense.
Peut-être que l'on pourrait filmer les paroles d'une femme malade ou la famille d'une ancienne malade qui inciterait les femmes à se faire dépister. Un truc un peu marquant, clair et court, qui permettrait de faire ressentir un déclic chez les patientes non suivies » (F14, 31ans, D+). D'après elles, les informations visuelles et auditives mémorisées sont des moyens efficaces de rappel : « Je sais que cela peut influencer les gens en faisant une médiatisation du dépistage organisé aussi bien à la télé qu'à la radio. On le voit, on l'entend donc on y pense […] ça peut quand même jouer pour toucher plus de monde. » (F15, 50ans, D+).

De l'autre côté, nous avons celles qui ne se sentent pas concernées trouvant ces campagnes de prévention trop impersonnelles : « Devant toutes ces campagnes de publicité, les gens ne se sentent pas concernés. En tout cas, ce n'est pas cela qui va m'inciter à aller le faire. […] Les publicités, ça me repousse, c'est vraiment quelque chose d'impersonnel. Maintenant, chacun est différent, c'est sûr » (F6, 30ans, D*)
Beaucoup d'informations sont déjà noyées dans trop de campagnes existantes pour elles : « L'information et la prévention à la télé et à la radio, on en a déjà pour le cancer du sein et le cancer du côlon. Si on rajoute sur le cancer du col puis de la prostate etc. …on ne va quand même pas nous mettre des pubs que pour des soins de santé .A force, on ne les écoutera plus s'il y en a trop» (F11, 62ans, D+).

b) Campagne de sensibilisation dans les pharmacies, les laboratoirea et dana lea aallea d'attente des médecins

Une grande partie des interviewées a proposé que l'on sensibilise directement les femmes au dépistage dans les salles d'attentes des préleveurs ainsi que dans les pharmacies, sous forme de différents supports tels que des dépliants d'information en libre-service : « On pourrait, peut-être, faire une campagne de sensibilisation dans toutes les pharmacies et dans la salle d'attente de tous les médecins, avec des brochures expliquant le bien-fondé de cet examen » (F8 ,62ans, D⁻) ou des affiches informatives : « Il faudrait dans les cabinets de médecins et au laboratoire, mettre des affiches explicatives et frappantes, je pense que ce serait une bonne chose pour que les femmes soient incitées à aller faire leur frottis régulièrement. » (F4, 54 ans, D⁻).

c) Transmission parents-enfants

« Après, on est quand même dans une société où l'on parle plus qu'avant, c'est aussi aux parents de transmettre l'information aux enfants » (F11, 62ans, D+).

d) Place importante du médecin

Une majorité des femmes a appuyé sur le rôle primordial que pourrait jouer le médecin dans ce dépistage organisé : « le médecin généraliste reste à mon sens le meilleur interlocuteur » (F13, 29ans, D).

Certaines souhaiteraient qu'ils prennent du temps pour la prévention et l'information, dans une consultation dédiée à un autre motif:« je pense que ce serait bien aussi, qu'en amont, lorsqu'on vient pour des consultations toutes banales, que le médecin traitant en profite pour nous informer » (F6, 30ans, D*).

Elles désirent qu'ils participent à l'incitation au dépistage : « Face à la publicité, je ne me sens pas du tout concernée alors qu'au contraire s'il y a un médecin qui m'informe que c'est nécessaire pour ma santé, je sais que c'est pour moi et j'irai me faire dépister. » (F6, 30ans, D*).

Elles attendent également qu'ils partagent plus d'informations avec leurs patientes sur le cancer du col et le dépistage : « mon gynécologue ne m'a jamais expliqué toutes les informations que vous venez de me donner […] Je pense que les gens ne savent pas grand-chose […] c'est important d'insister sur l'information à donner aux femmes : comment on peut avoir cette maladie et à quoi sert exactement le frottis et pourquoi c'est nécessaire de le faire régulièrement et jusqu'à quel âge » (F7, 31ans, D*), afin qu'elles puissent mieux comprendre, mieux accepter et donc mieux se faire dépister. « Une bonne communication et des explications simples, données à la patiente sur le geste et son intérêt, permettraient de la mettre en confiance et donc de mieux accepter le frottis. » (F15, 50ans, D+).

5.5 Actions auprès d'une population ciblée

a) Auprès des adolescents

« Plus tôt les gens et les enfants entendent parler de quelque chose et plus on a de la chance que par la suite, ils agissent en conséquence » (F13, 29ans, D+).

L'information pourrait être donnée dans différentes circonstances : à l'école, lors d'une consultation médicale à la demande de l'adolescente ou lors de consultation organisée obligatoire de prévention.

- **Au niveau scolaire**

Différents projets scolaires ont été proposés tels que :

- L'inclusion dans les programmes scolaires de cours d'éducation sexuelle associées à des informations sur le cancer du col utérin, sur sa prévention et son dépistage : « Il faudrait inclure dans la scolarité un programme d'éducation sexuelle où on pourrait inclure des informations sur le cancer du col : comment on l'attrape, le vaccin et le dépistage. Effectivement, l'école ne peut pas tout faire, mais ça serait bien qu'elle apporte une certaine base d'information, pour qu'ensuite les jeunes filles aillent en discuter avec leur médecin et qu'à l'âge adulte elles se sentent plus concernées par le dépistage » (F12, 35ans, D+).
- La création d'ateliers d'information et de prévention, en petits groupes de filles : « Mais peut-être que les infirmières scolaires ou des médecins qui viendraient occasionnellement à l'école, pourraient les sensibiliser lors d'ateliers entre copines. Elles seraient peut-être plus à l'aise pour poser des questions et plus réceptives. » (F8 ,62ans, D^{-}).
- La création d'atelier réunissant parents et enfants, en groupe: « Il peut y avoir à l'école un atelier où une première information, sur le cancer du col, sa transmission et son dépistage, serait donnée en groupe. Pour que tous soient au courant : enfants et parents. En effet, y sensibiliser les parents également. » (F12, 35ans, D+).

Il est <u>important</u> également <u>d'informer et d'intéresser les garçons</u>, étant eux aussi <u>concernés</u> : « j'estime que même les garçons devraient être au courant et informés de tout cela. Il faudrait donc faire des réunions d'information au collège réunissant les filles comme les garçons. C'est une maladie sexuellement transmissible comme les autres donc les garçons doivent en avoir conscience et connaissance » (F10, 52, D*).
Ainsi dans l'avenir, Ils pourront être un plus pour la régularité du dépistage de leur compagne : « Et puis, ça pourra peut-être avoir un effet pour plus tard. Ils pourront ainsi inciter leurs femmes à se faire dépister et à leur y faire penser » (F10, 52, D*).

Elles appuient fortement sur l'intérêt d'informer les adolescentes sur la vaccination, sur le fait qu'elle ne protège que contre certains des HPV responsables du cancer et que par conséquent elle doit toujours s'accompagner du dépistage par frottis : « maintenant les jeunes filles sont vaccinées. Et il ne faudrait pas qu'elles se croient à l'abri de tout. Il faut bien leur expliquer qu'il faudra qu'elles fassent des frottis quand même plus tard .Cette information devra aussi être donnée à l'école» (F11, 62ans, D+).

- **Lors d'une consultation dédiée, à la demande de l'adolescente**

« Et secondairement, après les actions au niveau scolaire, elles pourraient si elles le désirent en parler avec le médecin de famille, pour en discuter si elles ont d'autres questions. » (F8 ,62ans, D^-).

- **Lors d'une consultation « obligatoire », en début d'adolescence, pour un bilan complet et un temps de prévention et d'éducation sur le plan gynécologique**

« Il devrait y avoir des consultations pour les adolescentes, dès leur premier cycle, par leur médecin traitant ou par la médecine scolaire […] Tout d'abord, afin de voir si tout va bien sur le plan du développement sexuel. Et elle leur permettrait d'être seule avec le médecin pour discuter et échanger, parce qu'il y a des choses que l'on n'est pas forcement prête à demander devant tout le monde » (F12, 35ans, D+).

b) Auprès des étudiants dans les université et écoles supérieures

« Je me demande s'il ne faudrait pas plutôt faire des campagnes dans les universités ou écoles supérieures » (F14, 31ans, D+).

Il serait important de les sensibiliser, tout en appuyant sur la gratuité du dépistage (si ça devenait le cas) pour les inciter doublement à aller se faire dépister: « Les étudiants, je sais qu'ils n'ont pas beaucoup de moyens. Si on les informait sur le cancer du col de l'utérus, l'importance de faire régulièrement le frottis et si avec le dépistage organisé ça devenait pris à 100 %, cela les aiderait. Ils seraient motivés à bien se faire dépister. » (F15, 50ans, D+).

Pour une des patientes, intervenir à cet âge serait l'idéal car elles pensent que pour les plus jeunes, ça risquerait d'être trop tôt pour apporter une information : « Après, intervenir au niveau des adolescentes au niveau scolaire, c'est peut-être un peu tôt … je ne sais pas … cela fait peut-être un peu beaucoup pour des élèves de lycée ou collège… » (F14, 31ans, D+).

c) Auprès des personnes actives

En intervenant au niveau de la médecine du travail, on pourrait toucher une partie de la population active, celle qui consulte épisodiquement en médecine générale et souvent moins bien dépistée : « Et pourquoi pas, aussi dans le cadre de la médecine du travail » (F7, 31ans, D*).

5.6 Les Moyens pour atténuer l'appréhension du geste et de rendre l'examen plus agréable

a) L'implication dea médecina

Pour certaines des femmes, l'implication du praticien et sa compréhension des attitudes, des réticences des femmes vis à vis du FCU permettraient de leur faire accepter plus facilement le geste.

Il y aurait plusieurs étapes à respecter de la part du préleveur :

- **Installer une relation de confiance avec la patiente** « ce qu'il faut, c'est tout simplement avoir une totale confiance envers le médecin qui le fait » (F7, 31ans, D*).
- **Respecter la pudeur des femmes** « il faut bien sûr que le médecin respecte la pudeur de ses patientes » (F14, 31ans, D+).
- **Expliquer le geste à venir**:« D'habitude, le frottis ça me gênait. En fait quand on ne sait pas comment ça se passe […] ça dépend des médecins…Mais, si on nous explique le geste, finalement après ça va » (F2, 61ans, D⁻).
- **Rassurer la patiente sur le geste à venir**: « Qu'il les rassure, tout en disant la vérité ″ détendez-vous, ne vous inquiétez pas, ça va être rapide, c'est un peu gênant mais pas du tout douloureux″ » (F14, 31ans, D+).
- **Mettre à l'aise la patiente pendant le geste** : « et ensuite qu'il mette à l'aise la patiente, au moment du passage du spéculum… » (F12, 35ans, D+).

b) Les Moyens matériels

Certains spéculums feraient moins mal que d'autres : « Après, les speculums ont changé. Avant j'avais droit à « l'agréable », celui en ferraille. Et maintenant, ils sont en plastique et font pour moi un peu plus mal… » (F12, 35ans, D+).

L'utilisation de lubrifiants, si ce n'est pas contre-indiqué : « Mais est-ce que cela serait possible que les médecins puissent utiliser du gel lubrifiant, à mettre sur le speculum, pour aider au passage » (F12, 35ans, D+).

c) Le Changement de poaition pour l'examen ?

Le passage à la position latérale pour l'examen gynécologique ne serait pas une solution : « Un examen gynécologique, reste un examen gynécologique. On a essayé de me faire accoucher en position latérale et non en position gynéco. Pour moi, cela revient exactement au même. On a toujours quand même les fesses à l'air et toujours quelqu'un qui regarde ce qui se passe » (F13, 29ans, D+).

d) L'utiliaation d'une musique relaxante

«Le médecin pourrait peut-être mettre de la musique pour que les femmes soient plus en confiance, calmes et moins stressées » (F3, 42ans, D⁻).

e) L'importance d'une éducation maternelle

Les mères pourraient également informer et rassurer leur fille sur le déroulement d'un examen gynécologique : « C'est de l'éducation médicale que les mères pourraient donner à leur fille avant de les amener voir pour la première fois un gynécologue. Mais est-ce que toutes les mamans expliquent à leur fille comment se passe un examen gynéco ? » (F12, 35ans, D+).

5.7 Création d'une consultation organisée dédiée à l'information et à la prévention

a) Son organisation

Il pourrait s'agir d'une consultation gratuite d'information : « Il faudrait faire cela dans le cadre d'une première consultation gratuite, uniquement d'information » (F15, 50ans, D+).
Les femmes y seraient invitées par courrier: « On y serait aussi invitée par courrier » (F15, 50ans, D+).
Et pour les inciter à se présenter, l'invitation serait accompagnée d'une fiche d'explication sur cette consultation : « Mais là encore, je pense qu'avec le courrier d'invitation à cette consultation, il faudrait y mettre aussi une petite documentation, de sorte qu'elles soient motivées à s'y présenter. Sinon, elles pourraient se dire ″ qu'est-ce que je vais m'embêter à y aller, qu'est-ce qu'ils veulent me dire ? ″ » (F12, 35ans, D+).

b) Son intérêt

Elle permettrait de remédier à différents freins :

- En palliant au manque d'information générale sur le rôle du frottis, sur le cancer du col et son dépistage : « une première consultation réservée à la prévention serait quand même un plus pour améliorer le dépistage en apportant plus d'information qu'actuellement » (F13, 29ans, D+).
- En initiant le dépistage organisé par un temps d'information et d'incitation : « Avant le premier frottis du dépistage organisé, il faudrait commencer par une invitation à une consultation d'information. Le courrier indiquerait qu'il s'agit d'un temps d'information gratuit et qu'il ne sera pas réalisé d'examen gynécologique. Le petit topo que vous m'avez fait était très bien, il inciterait plus de femmes au dépistage.» (F12, 35ans, D+).
- En permettant d'informer plus de femmes, même les non suivies : « Il faudrait que ces informations soient données aux patientes. Après, de quelles manières ? Ce qui va être difficile, c'est pour celles qui ne sont pas forcément suivies régulièrement […] Peut-être, lors de consultation de prévention […] convoquées par courrier, pour débuter le dépistage organisé. » (F7, 31ans, D*). Afin de les amener à comprendre l'importance du dépistage et à l'accepter : « Pour les femmes qui sont très rarement suivies, organiser une première consultation pour expliquer tout cela, c'est important dans un premier temps. […] elles ne vont certainement pas accepter de venir la première fois, ″ hop hop″ directement pour le frottis .il faut tout d'abord, justement les mettre en condition et leur expliquer les choses. » (F15, 50ans, D+).
- En palliant au manque de temps des médecins, lors des consultations habituelles : « au cours des consultations habituelles, les médecins n'ont pas le temps de nous expliquer, ils s'occupent d'autres choses. Donc, ce serait bien qu'il y ait au moins une consultation d'informations durant notre suivi gynécologique : consultation réservée uniquement à l'information sur le cancer du col… » (F10, 52, D*).

5.8 Importance d'une communication entre les différents professionnels de santé

Une bonne communication entre les différents professionnels de santé, intervenant dans le dépistage de la même patiente, serait nécessaire : « Je ne sais pas comment ça se passe en vrai, mais quand les femmes sont suivies par un médecin traitant et un gynécologue, ce serait bien qu'il existe un lien, une communication entre eux. Tout simplement, pour qu'ils aient la certitude que notre frottis soit fait, ou sinon pour bien nous réorienter vers le dépistage » (F6, 30ans, D*).

5.9 Création d'un forum médical

La mise en place d'un forum médical sur le cancer du col et son dépistage, accessible aux patientes cibles, a été évoquée. Elles pourraient échanger et avoir des réponses précises par des médecins: « Pourquoi pas des forums pour que les femmes puissent discuter, échanger et avoir des réponses claires, par des médecins sur le cancer du col et son dépistage » (F3, 42ans, D^-).

IV. Discussion

1. Forces, difficultés et limites de l'étude

1.1 Forces

La Prévention et le dépistage, nous tiennent particulièrement à cœur. **Quand j'ai commencé à réfléchir à mon sujet de thèse**, le cancer du col de l'utérus et son dépistage étaient un problème de santé publique pointé du doigt.

La recherche bibliographique et les recommandations des politiques de santé actuelles nous ont permis finalement d'élaborer une question de recherche ciblée sur un point peu traité de ce sujet . En effet, les aspects quantitatifs et qualitatifs sur les obstacles rencontrés par le médecin généraliste et les patientes dans le dépistage de ce cancer ont été de nombreuses fois étudiés. Et à chaque fois, une même question revenait en conclusion : le dépistage organisé serait-il la solution ?
Il était donc intéressant de connaitre l'avis des ″principales″ concernées.

La méthode choisie, **l'analyse qualitative inductive**, nous a permis à travers l'étude des discours, de répondre aux différentes questions et objectifs que l'on se posait.

Les entretiens individuels nous ont permis d'impliquer, personnellement chaque femme sur le sujet. Nous avons pu recueillir, pour chacune d'entre elles, leur contexte socio-économique et familiale, leur parcours médical et gynécologique propre, leurs ressentis face au FCU, ainsi que les raisons d'un dépistage régulier ou non, afin de mieux comprendre les différentes attitudes en partie responsable de l'inégalité du dépistage entre les femmes et d'un taux de couverture insuffisant.
Cette première partie a appuyé les autres études, sur les limites que rencontre le dépistage individuel actuellement. Et nous a permis ensuite, d'aborder le thème du dépistage organisé.

Encore une fois, **le choix de l'entretien individuel semi directif** a été pertinent. Ce dernier a été bénéfique pour le recueil des opinions et propositions propres à chacune, concernant ce dépistage organisé et les choses à faire ou ne pas faire pour couvrir une population plus large qu'actuellement .Et donc ceci a été réalisé, sans influence aucune, ni de la part du discours des autres femmes, ni de la part de l'enquêtrice.

Ces entretiens ont été très enrichissants, en raison des multiples points de vue recueillis avec des réponses variées, parfois même étonnantes et des propositions de projet très intéressants.
Finalement, une très grande majorité a répondu avec enthousiasme et s'est intéressée au sujet jusqu'au bout. Beaucoup d'entretiens ont dépassé la durée estimée, certaines patientes n'étant pas à cours d'idées, ni de propositions. Certaines mêmes, m'ont encouragée à continuer mon travail.
Seulement une d'entre elles n'est pas allée au bout de l'entretien étant contre le dépistage par FCU, qu'il soit individuel ou organisé. (F1, 65ans, D^-)

L'analyse des entretiens a apporté des résultats qui ont pu être confrontés aux recommandations 2010 de l'HAS et aux pratiques actuelles de dépistages organisés (européennes et françaises « pilotes »). Des projets et perspectives ont pu être proposés, ce que nous allons voir un peu plus loin.

1.2 Difficultés rencontrées

a) Dana la conatitution de l'échantillon

La constitution de l'échantillon s'est avérée longue et périlleuse. Elle a été confrontée à de nombreux obstacles :

- Les refus immédiats.
- Des acceptations aboutissant secondairement à des annulations ou à des entretiens à domicile programmés-reprogrammés puis annulés.
- Des non-réponses aux contacts téléphoniques répétés malgré un accord initial.
- Les nombreux échanges et réunions avec les directrices et éducatrices des centres d'hébergement non pas été concluants. Refus de participation de la part des femmes.

b) Dans le déroulement des entretiens

Les deux premiers entretiens furent réalisés en face à face.
Ensuite, nous avons été confrontés à plus d'une dizaine de refus successifs pour « le face à face », sans raison fournie et pourtant chez des femmes souhaitant tout de même participer. Nous avons alors décidé de laisser le choix aux patientes : entretiens en « face à face » ou téléphoniques.
Finalement, les 13 autres entretiens, à leur demande, furent par téléphone.
A notre grand étonnement, les entretiens téléphoniques furent finalement plus enrichissants : la durée d'entretien était plus longue, les femmes paraissaient plus libres d'expression, moins gênées de donner leur avis et de faire des propositions. Elles osaient prendre le temps de réfléchir et de pointer du doigt certains problèmes. Contrairement au « face à face » où les patientes paraissaient tenues par le temps et plus intimidées par la situation, avec des réponses souvent plus brèves n'apportant pas d'ouverture à l'échange.

c) Dana la retranacription et l'analyae dea entretiena

La retranscription des entretiens enregistrés et leur analyse ont été une des parties les plus complexes de l'étude.
D'une part, il s'agit d'un travail délicat et long, avec un va et vient entre les différentes analyses, pour faire ressortir les idées des discours obtenus. Et ceci, sans être influencé par notre expérience professionnelle, personnelle et nos points de vue propres sur le sujet, ni par notre travail de recherches bibliographiques.
D'autre part, nous avons été confrontés durant les entretiens à des discours ne répondant pas à la question et débordant sur d'autres sujets, à des informations parfois peu informatives, ainsi qu'à des réponses contradictoires dans un même texte.

1.3 **Limites et biais possibles**

a) Un critère de diversité aurait pu être ajouté : la religion

Dans la constitution de l'échantillon, ce critère de diversité aurait pu être un plus. Il aurait permis d'appréhender l'existence ou non d'une répercussion religieuse sur les attitudes des patientes face à la réalisation du FCU.
Au départ ce critère avait été évoqué, finalement il ne fut pas utilisé. En effet, il était difficile d'aborder le sujet de la religion lors d'entretiens notamment téléphoniques.

b) L'enquête limitée à la Haute-Normandie

Dans cette étude, la population enquêtée a été restreinte à la Haute-Normandie.
Du fait de la variabilité entre les régions, surtout en termes de démographie médicale et de caractéristiques socio-économiques de la population cible, tous les résultats obtenus ne peuvent peut-être pas être transposés aux autres régions françaises.

c) Seul le versant « patiente » a été étudié

Nous avons voulu pour le sujet étudié se concentrer sur ce versant. Mais il serait également intéressant de connaitre les points de vue des praticiens, acteurs importants dans le dépistage, afin de croiser les résultats obtenus des deux versants.

d) Biaia liéa à l'enquêtrice

Lors de l'analyse inductive, nous devons rester très près des textes et mettre en lumière des idées, sans influence aucune, comme nous l'avons déjà vu plus haut.
Cependant, malgré un effort de la part de l'enquêteur, une orientation inconsciente des résultats peut être faite en fonction de ses convictions et points de vue.

Nous avons essayé de contrer ce biais possible, par une double analyse des discours réalisée en parallèle puis croisée.

2. Dépistage organisé. Comparaison avec la Littérature

Différents pays européens ont déjà adopté une politique de dépistage organisé au niveau national. Au sein de ces pays, il existe souvent également un dépistage individuel, dont la proportion est plus ou moins importante. Les autres pays de la communauté européenne ont choisi de maintenir un dépistage individuel avec, parfois, comme c'est le cas en France, le maintien d'expériences locales de dépistage organisé. (Annexe 6)

Parmi les pays qui ont mis en place un dépistage national organisé, les systèmes peuvent différer sur :

- Le mode de convocation.
- L'âge cible.
- La fréquence de réalisation du dépistage.
- Les praticiens en charge du prélèvement.
- Les moyens d'incitation et de prévention.

- Les systèmes de gestion.
- Etc… (Annexe 7)

Les données de ces annexes (6 et 7) sont issues de diverses sources, y compris l'Enquête ECCA Cervical Screening (2004), «Dépistage du cancer dans l'Union européenne. Rapport sur la mise en œuvre de la recommandation du Conseil sur le dépistage du cancer, Premier rapport », Anttila A. et al. Col de l'utérus politiques de dépistage du cancer et de la couverture en Europe, Eur J Cancer. Oct. 2009, 45 (15) :2649-58. [62, 63, 64]

Des recommandations en faveur d'un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus sur l'ensemble du territoire ont été publiées par la HAS en novembre 2010. [3, 4, 44]

Dans ce chapitre, nous avons essayé de confronter les points de vue des enquêtées avec les recommandations HAS 2010, les expériences européennes d'organisation d'envergure nationale du dépistage et les programmes pilotes départementaux français.
Nous avons discuté des différents modes de fonctionnement envisageables et des moyens pouvant remédier aux obstacles actuels.

2.1 Le fonctionnement

a) Les invitations personnalisées

Elles ont fait leur preuve dans les pays où existe le dépistage organisé.
Elles peuvent être associées à un système de relance.
Elles peuvent être accompagnées d'un courrier incitatif.

- L'HAS dans l'axe 3 de ses recommandations 2010 « ***renforcer le dispositif actuel en organisant le dépistage »,*** propose que *les structures de gestion des deux dépistages actuellement organisés en France (cancer du sein et cancer colo-rectal) qui ont démontré leur efficacité, en lien avec le médecin traitant, enverraient une invitation individuelle aux femmes non dépistées, malgré l'action des acteurs traditionnels et participeraient au contrôle du suivi des femmes présentant un FCU positif.*

  Dans son axe 4 « ***s'adapter aux spécificités territoriales et des populations »,*** elle évoque différentes actions devant accompagner l'invitation :
  - *Des systèmes d'invitation avec relance paraissent les plus adaptés à la situation française.*
  - *Les courriers d'invitation adressés par les structures de gestion à l'ensemble des femmes non dépistées doivent intégrer une information les incitant à consulter leur*

médecin traitant ainsi qu'une information relative aux lieux de prélèvements, notamment en accès gratuit ou pratiquant l'absence d'avance de frais.

- *Les courriers d'invitation au dépistage du cancer du sein, adressés aux femmes de plus de 50 ans, doivent inclure une information les sensibilisant et les invitant au dépistage du cancer du col de l'utérus.*

- Dans notre enquête, en effet, un des dispositifs à mettre en place dans l'organisation, est l'invitation des femmes au dépistage, essentiellement par courrier.
  Les interviewées évoquent l'efficacité du mode d'invitation par courrier envoyé par les organismes de dépistage du cancer du sein et colorectal.
  Après, l'échantillon cible n'a pas souligné qui cela devait concerner : tout le monde ou uniquement les non dépistées ?

  L'organisation d'un mode de convocation par invitation avec relance si nécessaire, est appuyée par leurs discours.

  Une d'entre elles a aussi parlé de l'intérêt, pour les >50ans, d'un envoi commun des invitations au dépistage des cancers du sein et de celui du col utérin.

  Mais, elles ont également proposé une idée intéressante qui n'a pas été développée dans les recommandations. Il s'agit d'un **courrier court, précis, clair et adapté sur le cancer du col utérin (transmission, évolution), sur le dépistage et son importance,** qu'il faudrait ajouter au courrier d'invitation. Cela serait à la fois un moyen d'information et d'incitation.

- D'après les différentes expériences de dépistage organisé, plusieurs systèmes de convocation avec des adaptations pourraient être proposés :

  - ***Un schéma par convocation systématique*** (proche du système finlandais, britannique ou hollandais). Il s'appuierait sur une base de données la plus exhaustive possible, à partir de laquelle toutes les femmes cibles seraient convoquées à un rythme régulier selon les recommandations.
    Avantage : cette méthode de convocation, en terme médical, paraitrait être la plus efficace.
    Inconvénient : le dépistage opportuniste n'est pas pris en considération, avec un risque de double dépistage pour certaines patientes et de conséquences économiques en termes de santé publique.

- ***Un schéma par convocation progressive qui se déroulerait en deux étapes*** (proche du système en Alsace ou en Norvège).

  Dans un premier temps : un organisme de gestion intègrerait dans une base les patientes du dépistage opportuniste.

  Les patientes feraient réaliser par le praticien habituel un FCU qui serait envoyé dans le laboratoire adapté afin d'y être analysé. Celui-ci transmettrait les résultats à l'organisme de gestion, mais également au prescripteur afin qu'il puisse gérer ou orienter la patiente pour le suivi de la démarche diagnostique ou thérapeutique. L'organisme de gestion intègrerait les patientes au fur et à mesure dans une base de données.

  Les campagnes de sensibilisation, les moyens de communication, d'incitation seraient organisés pour intégrer le maximum de patientes dans cette base de données de dépistage organisé.

  Puis à partir de là, deux possibilités seraient envisageables:

  - soit chaque patiente serait convoquée à 3 ans pour un nouveau dépistage, en cas de FCU normal.
  - Soit ne seraient convoquées que les patientes dont le dernier FCU est >= à 3 ans. L'organisme de gestion, pour cela, croiserait ses données avec celles transmises par la sécurité sociale sur les femmes n'ayant pas eu de remboursement de FCU dans les 3ans.

  Dans un second temps : l'organisme de gestion se servirait de bases de données exhaustives pour connaitre et agir sur la part de la population qui ne fait **jamais** de dépistage.

  Avantages : les dépenses seraient reparties dans le temps et il utiliserait un dépistage opportuniste déjà installé.

  Les inconvénients : de nombreuses années seront nécessaires avant de pouvoir intégrer l'ensemble de la population cible.

  Grâce à ce système utilisé en Alsace, le taux de couverture serait passé de 60% à 82 % en 5ans. [65]

- La Finlande souhaite améliorer le taux de participation et la compliance, surtout chez les femmes âgées de 25 à 39 ans. Une des options choisie est l'envoi de rappels aux femmes ne participant pas au programme.

  Le système mis en place en Suède présente l'avantage de l'invitation et du rappel informatisés.

En Angleterre, dès 25 ans et jusqu'à 64 ans, les femmes reçoivent des invitations d'appel et de rappel pour aller réaliser leur dépistage. (Annexe 7)

b) Diversification en termes de lieu et de préleveurs

En France, la pratique du FCU reste actuellement très largement le fait des médecins gynécologues.
Face à la situation française concernant la démographie médicale, il paraît nécessaire de diversifier les lieux de réalisation des FCU, en se basant sur les acteurs déjà existants : MG, Sages-femmes mais dont la pratique actuelle du FCU est moindre en comparaison avec celle du gynécologue.

- ***Le dépistage organisé que propose la HAS continue de s'appuyer sur les acteurs actuels du dépistage*** *: gynécologues médicaux, gynécologues obstétriciens, médecins généralistes, sages-femmes, anatomocyto-pathologistes et biologistes.* Comme elle l'indique dans son axe 1 « ***s'appuyer sur les acteurs traditionnels du dépistage, en préciser les modalités*** » :

  - *Leur implication est nécessaire en termes d'information et d'incitation au dépistage, ainsi que pour la réalisation et l'interprétation des prélèvements.*

  - *Le médecin traitant devra inciter systématiquement toutes ses patientes au dépistage et s'assurer de la bonne prise en charge en cas de résultat anormal. Il aura également un rôle plus centré sur la coordination entre professionnels de santé et à visée préventive.*

  - *Ce dépistage nécessite également une implication forte des sages-femmes dans la sensibilisation des femmes à la prévention en général et au dépistage du cancer du col de l'utérus, la grossesse constituant un moment particulièrement favorable à cette sensibilisation.*

  - *Et le dépistage organisé restera fondé sur la réalisation d'un FCU tous les 3 ans (après 2 FCU normaux réalisés à 1 an d'intervalle) de 25 ans à 65 ans, chez les femmes asymptomatiques ayant ou ayant eu une activité sexuelle. L'utilisation du test-HPV en dépistage primaire en population générale est actuellement prématurée. Bien sûr le rythme triennal du FCU ne remet pas en cause le bien-fondé d'un examen clinique gynécologique régulier.*

- *Les prélèvements seraient réalisés par des professionnels spécifiquement formés (gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes) et dans des conditions garantissant leur qualité.*

- Mais dans son axe 4, l'HAS informe de l'intérêt d'une diversification en termes d'effecteur et de lieu de réalisation :
  Elle rappelle que les FCU doivent être réalisés par des professionnels formés spécifiquement et dans des conditions garantissant leur qualité, avec en première ligne : les gynécologues, les médecins généralistes ainsi que les sages-femmes.
  Mais, compte tenu des problèmes de démographie médicale, elle demande de multiplier et diversifier les effecteurs et les lieux de réalisation des FCU en s'appuyant sur les acteurs de proximité géographique et « relationnelle », du système de soins :réalisation des FCU dans tous les laboratoires de biologie médicale, dans les cabinets d'anatomocytopathologie et par des infirmier(ère)s exerçant dans des structures telles que des maisons de santé pluridisciplinaires et/ou dans le cadre de coopérations entre professionnels de santé.

- Une majorité des femmes de l'étude est d'accord également sur le fait que les acteurs actuels doivent garder un rôle majeur dans le dépistage.

  - Tout d'abord, leurs attentes vis-à-vis des médecins concernent un renforcement de leur rôle dans l'invitation au dépistage, dans la communication, la prévention, en essayant de trouver du temps lors d'une consultation. Du fait d'une meilleure compréhension, elles accepteront mieux le dépistage.

  - Ensuite, une majorité des femmes souhaite continuer avec les praticiens et les lieux de dépistage actuels, quelles que soient leurs préférences : GY, MG, laboratoire… Mais désire avoir le choix.

  - À l'exception d'une d'entre elles qui désirait la création d'une structure réservée au dépistage, F3, 42ans, D^- (nous en parleront un peu plus loin dans la thèse), ou de deux des patientes, F13, 29ans, D+ ; F12, 35ans, D+ , qui ont respectivement déclaré que seuls les gynécologues étaient aptes à la réalisation du FCU, étant spécialisés, voire peut-être les médecins généralistes avec un DIU de gynécologie également pour la seconde.

- Par contre, le rôle des sages-femmes dans le dépistage, que cela soit pour la prévention, l'incitation ou la réalisation du FCU, n'a pas été évoqué par les femmes de l'enquête. La plupart des personnes ne connaissent pas bien leur métier, ni leurs compétences, alors qu'elles peuvent avoir une place importante dans l'amélioration du dépistage.
  Comme il a été détaillé par l'HAS, leur intervention peut être au cours du suivi de grossesse, **mais elles pourraient également intervenir pour faire de la prévention au niveau scolaire par exemple…**

- En ce qui concerne la diversification des effecteurs et des lieux de réalisation des FCU, elles n'ont pas évoqué le sujet comme formulé dans les recommandations, ni proposé d'autres acteurs que ceux actuels.

  Par contre, **la création de centres réservés au dépistage où seraient pratiqués et analysés les FCU, a été abordée**. Une des interviewées était pour ce système.
  Mais certaines désirant conserver le choix du praticien (en fonction de leur spécialité ou du sexe ou par préférence), seraient contre ces centres, s'ils devenaient les seuls lieux pour le dépistage.

  Il a été également proposé de recevoir dans le cadre de ce dépistage organisé, même pour celles dépistées régulièrement, **un courrier avec une liste de médecins pratiquant le FCU, proches de chez elles**. Ce serait, pour une des femmes, dans **l'intérêt de diversification des professionnels entre chaque dépistage, pour une meilleure assurance de la qualité de la prise en charge en termes de prélèvement.**

- Dans certains pays européens, les FCU sont réalisés par les MG uniquement lors de consultation gratuite (Danemark, Pays-Bas).
  Dans d'autres pays, ils sont le plus souvent réalisés par des Sages-Femmes « formées » dans des cliniques adaptées, des centres de Santé municipaux ou des centres périnataux (Estonie, Finlande, Suède).
  Des infirmières reconnues peuvent également réaliser des FCU en Irlande, au Royaume-Uni et en Finlande. (Annexe 7).

Le dépistage organisé en France pourrait être à l'origine d'une modification de la répartition des préleveurs, avec une baisse de la proportion de FCU réalisé par un GY par rapport à celle du dépistage individuel.
En permettant d'impliquer une proportion supplémentaire d'autres professionnels dans le dépistage, le coût par cancer évité diminuerait de 85 000 € à 68 000 €.

Ces données sont issues d'un travail de modélisation conduit en 2007 par une équipe du CRESGE et de l'INVS selon le modèle de la campagne alsacienne. [44]

c) Assurance-qualité

La caractéristique principale permettant de différencier dépistage organisé et dépistage individuel concerne l'assurance qualité.
Il est nécessaire de pouvoir garantir le même niveau de qualité du dépistage en tout point du territoire français.

- L'HAS le précise également dans l'axe 2 de ses recommandations « ***améliorer la qualité du dépistage ».***
  Organisation d'une démarche d'assurance qualité pour toutes les étapes du dépistage :

  - *une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles, en particulier des préleveurs (formés aux modalités techniques, à l'information sur le dépistage ainsi qu'à la compréhension des freins à la participation des femmes) et des professionnels interprétant le FCU.*
  - *un contrôle de qualité interne doit être mis en place dans toutes les structures d'anatomo-cytopathologie. Il devrait s'accompagner d'un contrôle de qualité externe.*

- Dans notre étude, concernant la qualité d'information, une grande partie des femmes est en effet en demande d'une amélioration dans les domaines de l'incitation et de l'information sur le dépistage et le cancer du col utérin par les médecins.
  Et pour ce qui est de la qualité du prélèvement et de l'interprétation, une des patientes a souligné que ce n'était pas le lieu de réalisation, ni le type de praticien réalisant le FCU ou l'analysant qui importaient, mais l'assurance d'une compétence dans leur domaine.
  Notre enquête révèle aussi l'importance de cette démarche de qualité également pour le suivi après FCU. En effet, le suivi d'un résultat ASC-US du FCU d'une des femmes de l'étude a été oublié, le médecin gérant de manière rapprochée une maladie chronique vasculaire sévère.

- Des recommandations extrêmement détaillées ont été publiées au niveau européen, dès 1993 et réactualisées en 2008. Cette démarche d'assurance qualité doit concerner toutes les étapes du dépistage.

On trouvera une illustration concrète d'un tel programme au niveau national sur le site du *National Cervical Screening Programme* irlandais ou des déclinaisons régionales du NHS *Cervical Screening Programme* au Royaume-Uni.

Au Danemark, une évaluation à l'échelle nationale a été mise en place avec 10 indicateurs de qualité depuis 2007.

En Irlande, la gestion des invitations-rappels et la surveillance du registre des résultats cliniques des femmes dépistées sont réalisées par le système d'information du registre de dépistage du cancer du col de l'utérus. Le but est de s'assurer que le suivi approprié est bien fourni.

En Suède, le suivi à long terme après des résultats de frottis anormaux était le fait des cliniques privées. Désormais, il est pris en charge par le système d'invitation au dépistage.

Toutefois, des évaluations conduites au plan international montrent que certains programmes organisés européens ne répondent pas aux critères proposés par la communauté européenne bien que quelques progrès aient été réalisés dans ce domaine. (Annexe 7)

En Alsace, le programme « pilote » recueille auprès des ACP tous les FCU pratiqués par la population cible. Face aux résultats non significatifs, un courrier est envoyé au médecin en l'absence de contrôle après 6 mois. Pour les résultats ASC-US et au-delà, un courrier est également envoyé au médecin pour connaître la nature de la prise en charge. Et en l'absence de suivi, une relance est faite au médecin, ainsi qu'à la patiente si celle-ci est perdue de vue par ce dernier. (Annexe 4)

d) Transmission des informations et rationalisation des pratiques

Le dépistage organisé doit essayer de rétablir une équité entre les femmes .Cela doit passer par une meilleure communication entre les intervenants des différentes étapes du dépistage et la mise en place de dispositif permettant d'éviter le surdépistage.

- Dans son axe 3, l'HAS recommande d'organiser de nouveaux dispositifs pour renforcer l'actuel :
    - *les circuits et les systèmes d'informations seront adaptés, afin de s'assurer de la rationalisation des pratiques des professionnels et si nécessaire d'envisager des mesures permettant de limiter le surdépistage.*

- *Une bonne transmission des informations relatives à toutes les étapes du dépistage entre l'ensemble des acteurs intervenant dans le dispositif est obligatoire pour une bonne efficacité du dépistage :*

- *« Le préleveur doit s'assurer que les coordonnées du médecin traitant sont transmises à la structure d'ACP dans le document qui accompagne le test de dépistage ».*
- *« La structure d'ACP transmet les résultats du test de dépistage au préleveur, au prescripteur, au médecin traitant et tout ou partie du compte rendu à la structure de gestion ».*
- *« Le cas échéant, les résultats des investigations diagnostiques sont transmis par le prescripteur au médecin traitant et à la structure de gestion qui s'assurent du suivi ».*
- *« Les caisses d'assurance maladie transmettent à chaque médecin traitant la liste de ses patientes n'ayant pas bénéficié d'un FCU au cours des 3 dernières années ».*

- *Une évaluation globale des performances et de l'impact du dépistage doit être réalisée.*

- L'étude a démontré également une inégalité entre les femmes concernant la fréquence de réalisation des FCU. Alors que certaines bénéficient de frottis trop rapprochés par rapport aux recommandations, d'autres sont exclues du dépistage pour diverses raisons. Il faudrait donc organiser des dispositifs pour inciter au dépistage les femmes peu ou non dépistées, mais il faut également mettre en place des systèmes contrôlant le surdépistage.
  Un autre moyen important évoqué pour renforcer et améliorer le dépistage, est la nécessité d'une bonne communication entre les différents professionnels de santé intervenant dans le dépistage de la patiente.

2.2 Les actions complémentaires pouvant améliorer le dépistage

« La mise en place d'une organisation du dépistage uniquement ciblée sur des populations ou des territoires spécifiques n'est pas souhaitable, par rapport à la mise en place d'une organisation visant toutes les femmes de 25 à 65 ans, sur l'ensemble du territoire […] Mais, pour les femmes peu voire pas dépistées, il serait important de mettre en place des actions de renforcement spécifiques et de les évaluer […] Le quatrième axe des recommandations

vise à compléter le dispositif de dépistage organisé, concernant toutes les femmes de 25 à 65 ans, issu des 3 premiers axes, par des actions complémentaires principalement de sensibilisation, d'information, de communication et d'incitation, afin d'augmenter la participation sur des territoires ou pour des populations spécifiques. »

L'un des thèmes abordé lors des entretiens concernait les moyens que souhaiteraient proposer les femmes afin d'améliorer le dépistage et de couvrir une plus large population.

Le travail de confrontation a donc permis de proposer des solutions d'amélioration centrées sur la communication, sur la prévention et l'incitation.

a) Une meilleure communication

- L'HAS recommande *la conception de messages éducatifs adaptés à chacune, sous forme de support écrit ou des supports oraux par des informations données par médecins, sages-femmes, pharmaciens ou support vidéo… Mais également dans des lieux spécifiques fréquentés par les femmes notamment par celles non régulièrement dépistées (centres de sécurité sociale, CAF, salles d'attente, CPEF, services de santé au travail, agences pour l'emploi).*

- Les messages éducatifs ont bien sûr été proposés par la majorité des enquêtées:
  - Campagne de sensibilisation orale.
  - Prospectus et affiches dans les salles d'attentes, dans les laboratoires et les pharmacies.
  - Explications fournies directement par les professionnels de la santé.
  - Spots publicitaires à la TV, brefs mais marquant les esprits comme pour ceux des campagnes de sécurité routière.

  Mais, ces campagnes seraient insuffisantes, voire contre productives pour certaines :
  - L'information donnée sous ces formes-là serait trop impersonnelle.
  - Il existe tellement de campagnes de sensibilisation, qu'elles finissent par ne plus lire, ni écouter ces différents supports d'information.
  - Elles souhaitent que le médecin joue un rôle important dans l'incitation au dépistage.

« Si les facteurs principaux de la participation au dépistage résident dans l'accès aux soins et les facteurs socio-économiques, le fait d'être incité au dépistage par un professionnel avec lequel une relation de confiance a déjà été établie est un facteur essentiel. La place des

gynécologues et des médecins généralistes dans le dépistage des cancers féminins est en ce sens déterminante » [3]

- Par contre, elles suggèrent **la création d'une consultation organisée dédiée à l'information et à la prévention**. Un projet non retrouvé dans les recommandations.
    - Elle serait gratuite et proposée à chaque femme de la tranche d'âge cible, par courrier accompagné d'une fiche d'explication pour les inciter à s'y présenter.
    - Il s'agirait d'un temps d'information sur le cancer du col utérin et son dépistage, donnée de manière adaptée à la patiente, selon son âge, son statut familial et socioéconomique, ses croyances, ses compréhensions, son suivi médical… Les femmes auraient également le temps d'échanger et d'obtenir des réponses claires et compréhensibles.
    - Cette consultation serait aussi un moyen pour remédier au manque de temps des médecins lors des consultations habituelles, au manque de connaissance générale sur le sujet et au non recrutement des femmes non suivies.

  Une information claire et appropriée, pourrait y être apportée sur différents points :
    - Le rôle du FCU :
      De nos jours, il existe encore une absence de lien perçu entre la surveillance par frottis et la recherche d'un cancer du col pour certaines femmes. [46]
    - L'âge cible du dépistage et la fréquence à laquelle doit être réalisé le FCU :
      Certaines pensent qu'à la ménopause il n'y a plus de raison de le faire, croyant n'être plus à risque. D'autres pensent que le FCU doit être réalisé tous les ans.
    - Les praticiens pouvant le pratiquer :
      Beaucoup de femmes pensent que le suivi gynécologique et le FCU sont une affaire de spécialiste gynécologue. Il y a une méconnaissance de la population, sur la possibilité d'un MG à faire de la gynécologie et pour d'autres praticiens à réaliser le FCU. [46]
    - L'histoire de la maladie du cancer et son mode de transmission.
    - L'intérêt du dépistage :
      Comment modifier la perception qu'ont certaines patientes sur ce dépistage, pour leur faire accepter ? En leur expliquant l'évolution lente de la maladie qui passe par différentes lésions précancéreuses et l'intérêt du FCU à dépister ces lésions précancéreuses curables.
    - Mais aussi l'importance d'un examen gynécologique complet annuel, en dehors des périodes de dépistage organisé.

- Et sur la vaccination :
  Il est important de rappeler aux jeunes filles vaccinées, qu'elles devront tout de même être dépistées par FCU à partir de leurs 25 ans. (Certains GY le préconisent dès 20 ans, du fait de l'avancée de l'âge des premiers rapports).

« Un bon niveau de connaissance sur un cancer et sa prévention est un facteur d'adhésion au dépistage ». [66]

- Une d'entre elles, a proposé également **la création d'un forum médical d'information** sur ce cancer et son dépistage, où les femmes pourraient échanger et avoir des réponses précises par des médecins.

b) Action auprès de populations cibles

- L'HAS incite à promouvoir le dépistage auprès de groupes cibles*, tout d'abord précocement via la médecine scolaire et universitaire et via les enseignements relatifs aux sciences de la vie. Mais aussi au niveau de la médecine du travail.*

- Les discours de l'étude sont en accord avec les recommandations concernant les actions de communication sur des populations ciblées.
  Les enquêtées ont d'ailleurs fait part de leur attentes concernant essentiellement la prévention auprès des adolescents.

  Les femmes ont proposées quatre projets :

  - Les trois premiers peuvent être réalisés lors d'une journée ou d'une soirée, dédiée à l'information et à la prévention, organisée au niveau scolaire:

    - **ateliers, tables rondes en petits groupes de filles**, avec un professionnel de santé pour répondre à leurs questions.

    - **Séminaire réunissant l'ensemble des étudiants de l'établissement car il est important d'informer les garçons également.** En tant que partenaires sexuels, ils sont concernés par cette maladie sexuellement transmissible et pourraient être un atout incitateur au dépistage auprès des femmes qui leur sont proches.

- **Ateliers dirigés par un professionnel de santé, réunissant parents et enfants en groupe.** Sensibilisation commune qui permettra un plus libre parler du sujet et un relais d'incitation de manière intergénérationnelle.

➢ La dernière proposition est l'organisation **d'une consultation systématique « Obligatoire » en début d'adolescence.** Elle permettrait de réaliser un bilan complet de la patiente et de faire de la prévention et de l'éducation sur le plan gynécologique.

Cette perspective est d'autant plus intéressante qu'il existe de nouvelles recommandations de l'HCSP concernant l'avancée de l'âge de début de vaccination anti HPV à 11 ans et la possibilité de Co-administration avec le rappel dTP 11-13 ans [67]. Il pourrait s'agir d'une consultation « obligatoire » chez son médecin traitant pouvant se dérouler de la manière suivante :

- un examen complet somatique et une évaluation du développement staturo-pondéral et sexuel,
- suivi d'un temps d'information et d'échange sur le cancer du col, son dépistage et sur les autres IST,
- et en terminant par les vaccinations.

c) La prise en charge du dépistage

Les problèmes financiers, comme nous l'avons vu, représentent une des limites importantes du dépistage individuel.

- Son accès gratuit fait partie des actions spécifiques de renforcement à mettre en place et à évaluer, évoquées par l'HAS :
  Absence d'avance de frais et/ou la gratuité des tests de dépistage, y compris dans les cabinets libéraux, pour les populations les plus défavorisés sur le plan économique.

- La nécessité d'une prise en charge du dépistage ressort dans tous les discours.
  Il est déclaré par l'HAS qu'elle serait réservée aux femmes les plus défavorisées sur le plan socio-économique.
  Mais dans notre étude, **les opinions sont partagées**. Certaines envisagent cette prise en charge uniquement pour les populations défavorisées et d'autres pour toute la population cible du dépistage.

- Dans le cadre d'une politique nationale de dépistage d'un cancer, la prise en charge ne devrait-elle pas être équitable ? Gratuité du test pour toutes comme pour le dépistage du cancer colorectal ou du sein.

- Au Danemark, les femmes âgées de 23 à 65 ans, qui sont répertoriées comme n'ayant pas eu de test de dépistage au cours des 3 dernières années , sont personnellement invitées à effectuer gratuitement 1 FCU chez leur MG.
  En Finlande, le dépistage est gratuit pour les femmes. Il est pris en charge par la municipalité à partir des budgets de soins de santé primaire.
  Au Pays-Bas, les frottis sont gratuits, réalisés par les médecins généralistes ou par leurs assistants formés à cet effet. Le programme est financé par le 'Central earmarked funds'.

d) Lea moyena pouvant rendre l'examen plua agréable

Les moyens de remédier aux freins liés à l'examen lui-même, pour atténuer l'appréhension du geste, ont été discutés lors des entretiens.
A notre connaissance, ce point n'a pas été détaillé par l'HAS.

- Pour certaines des femmes de l'enquête, cela passerait en premier par l'implication du praticien et sa compréhension des attitudes et réticences des femmes vis à vis du FCU.
  Il y aurait plusieurs étapes à respecter de la part du préleveur :
  - **Installer une relation de confiance avec la patiente.**
  - **Respecter la pudeur des femmes.**
  - **Expliquer le geste à venir.**
  - **Rassurer la patiente sur le geste à venir.**
  - **Mettre à l'aise la patiente pendant le geste.**

- Il y aurait aussi les moyens matériels :
  - Pour une des femmes, les speculums métalliques seraient moins douloureux.
  - L'utilisation de lubrifiant a également été proposée, mais selon les recommandations de l'ANAES 2002 elle serait à éviter avant la réalisation du FCU. [31]

- L'utilisation de musique relaxante**.**

- Un autre point important serait la transmission et l'éducation maternelle (explication mère-fille sur le déroulement d'un examen gynécologique).

2.3 La place du MG

a) Une position de pilier attendue

Les médecins généralistes seraient les acteurs clés des dépistages des cancers.
Au-delà de leur place dans le système de soins, en raison de l'impact de leur discours auprès de leurs patients, ils seraient un des leviers les plus pertinents dans l'incitation à la réalisation de ces dépistages, notamment celui du cancer du col utérin. [68]
« Le médecin généraliste reste à mon sens le meilleur interlocuteur » (F13, 29ans, D+)

D'autre part, l'offre de prélèvements est insuffisante et les femmes n'ayant pas de suivi gynécologique sont insuffisamment dépistées. Il paraît nécessaire d'encourager les médecins généralistes à réaliser ce prélèvement.

Une plus forte implication des médecins généralistes parait donc être une question centrale dans l'organisation du dépistage :

- Incitation des femmes à se faire dépister.
- Prescription ou réalisation du test de dépistage.
- Suivi en cas de positivité du test.
- Coordination des prises en charge. [3]

b) Les solutions pour y parvenir

Des enquêtes et thèses récentes ont permis d'étudier les freins des MG au dépistage du cancer du col utérin. [50]

Notre enquête, comme d'autres études, incite à la **création d'une consultation spécifique pour le dépistage** : cela valoriserait la prévention et légitimerait le rôle du MG.
En effet, elle permettrait de remédier à certains freins répertoriés :

- Le manque de temps lors d'une consultation habituelle, avec la gestion de motifs multiples.
- La difficulté face à l'intrusion occasionnée par une information ou proposition au dépistage, dans une consultation pour un autre motif.
- La méconnaissance des femmes, sur les compétences du MG à faire de la gynécologie.

Mais une question se pose : s'agirait-il d'une consultation uniquement dédiée au cancer du col utérin ou bien d'une consultation de prévention englobant le dépistage du cancer du sein, du cancer colorectal et du col utérin ? A savoir que la seconde ne concernerait donc que les patients à partir de 50 ans.

En ce qui concerne les autres freins (propres aux MG dans leur pratique du dépistage actuel), il serait utile de réaliser une enquête qualitative auprès des MG pour connaître leurs propositions et leurs avis sur une organisation généralisée de ce dépistage.

3. Les Points négatifs à éviter

3.1 Le Double dépistage

Comme nous l'avons déjà vu précédemment, en fonction du mode d'invitation et du type de fonctionnement choisis, des patientes pourraient bénéficier du dépistage organisé tout en poursuivant le dépistage opportuniste.
Ce serait peut-être un point inévitable le temps de la mise en route du dépistage organisé et de son acceptation, mais devra être obligatoirement contrôlé par des dispositifs adaptés.

3.2 Le risque de surdiagnostic

L'efficacité du dépistage organisé du cancer du sein prête actuellement à polémique. Des interrogations émergent sur les bénéfices et les risques associés au dépistage du cancer du sein par mammographie. Elles portent principalement sur le risque de surdiagnostic et de sur-traitement inhérent, mais aussi sur la question des cancers radio-induits et l'impact réel du dépistage sur la réduction de la mortalité [69]. l'INCa a publié un rapport sur les aspects éthiques relatifs au dépistage du cancer du sein. Issu des travaux du Groupe de Réflexion sur l'Ethique du Dépistage (GRED), il vise à nourrir la réflexion collective sur le dépistage organisé du cancer du sein en France, en apportant notamment des propositions d'évolution, surtout dans ce contexte de débat sur la balance bénéfices/risques du dépistage du cancer du sein. [70]

Le dépistage d'une dysplasie de haut grade par un frottis cervico-vaginal n'entre pas dans la même catégorie, puisqu'il n'a pas le même risque que des mammographies cumulées. L'efficacité d'un dépistage par FCU tous les 3 ans réduirait la mortalité de 90 % par cancer du col utérin [71]. **Cependant la prise en charge des FCU anormaux doit être pertinente, surtout dans le cadre des ASC-US où doivent être évités tout surdiagnostic, toute anxiété et tout inconfort.**

Les frottis ASC-US sont peu reproductibles. Ils représentent 1, 5 à 8 % des FCU de dépistage. 5 à 17 % des femmes ayant des frottis ASC-US ont une CIN de haut grade sous-jacente et 0,1 à 0,2 % un cancer invasif. [72]

Trois conduites à tenir sont recommandées par l'ANAES devant un FCU ASC-US (un frottis de contrôle à 6 mois, un test-HPV ou une colposcopie d'emblée).

Le test HPV, a **une forte sensibilité** à identifier les lésions de haut grade (≥ 95 %) et a **une valeur prédictive négative optimum** (≥ 99 %). [72]

La colposcopie après un FCU ASC-US, par sa variabilité intra-inter observateur et sa faible reproductibilité avec les résultats histologiques obtenus par l'électrorésection ou la biopsie dirigée, **peut entrainer un surdiagnostic, un surtraitement et un stress pour les patientes.** [72]

L'option triage avec le test HPV serait aussi sensible que la colposcopie immédiate à reconnaître les lésions de CIN III, mais aurait donc **l'avantage de n'orienter que 50 % des femmes avec un frottis ASC-US en colposcopie**, **réduisant ainsi les risques de surdiagnostic et sur-traitement liés aux biopsies sous colposcopie** [72]. D'autre part, certains auteurs rapportent une sensibilité moindre de la colposcopie et des biopsies dirigées à reconnaître les CIN de haut grade, augmentant le risque de méconnaître des lésions significatives.

L'option du test HPV après un frottis ASC-US, avec la pratique d'une colposcopie uniquement chez les femmes HPV HR positif, est actuellement considérée par **nos collègues américains et européens** comme la méthode à privilégier par rapport aux frottis de contrôle ou à la colposcopie immédiate. [72]

En France, cette option ne pourrait-elle pas être également privilégiée et contrôlée pour une meilleure efficacité du dépistage et une limitation des risques de surdiagnostic ?

3.3 Le risque d'absence d'examen gynécologique régulier en dehors des dépistages

L'organisation du dépistage ne devra pas faire oublier aux femmes, l'importance d'un suivi médical général et gynécologique régulier.

Il faudra s'assurer que les patientes ne réduisent pas le suivi gynécologique simplement à la mammographie et au FCU des dépistages organisés.

Il sera primordial de leur transmettre l'intérêt également d'un bilan gynécologique annuel, afin d'être suivies en fonction de leurs antécédents familiaux, personnels et de leurs symptomatologies. Un temps nécessaire pour la réalisation d'une palpation mammaire, d'un examen gynécologique complet et pour le diagnostic également des maladies ne bénéficiant pas de test de dépistage systématique telles que l'endométriose, le cancer de l'ovaire ou les autres IST… etc.

CONCLUSION

Cette étude nous a permis de mieux comprendre le point de vue des femmes.

L'idée forte ressortant de l'étude est que majoritairement elles sont en faveur de la mise en place de ce dépistage national organisé, qu'elles aient des FCU rapprochés ou qu'elles soient exclues du dépistage.

Elles se sont senties concernées ou intéressées par le sujet. Elles nous ont fait part des problèmes auxquels elles ont été confrontées, indépendamment de leur volonté pour certaines. Elles nous ont également confié leurs attentes face au dépistage organisé. Elles nous ont apporté des idées pour son organisation, ainsi que des suggestions de projets intéressants et divers afin de toucher une plus large population.

Cette constatation nous a conforté et a légitimé le choix que nous avions pris d'enquêter sur ce sujet.

Elles se rejoignent sur un point, il permettra une nette amélioration du dépistage du cancer du col utérin, que cela soit pour des bénéfices personnels ou collectifs.

- Il touchera plus de femmes en leur facilitant le dépistage, en leur apportant des éléments de motivation, en recrutant et incitant également celles qui ne sont pas suivies.
- Il rétablira une meilleure égalité de dépistage entre les femmes, ainsi qu'une régularité dans le dépistage et son suivi.
- Il permettra de transmettre une meilleure information sur ce cancer, sa prévention et son dépistage, ceci de manière adaptée à différentes populations ciblées, pour une bonne compréhension de chacune et donc une meilleure acceptabilité.
- Il modifiera les attitudes et comportements vis-à-vis du dépistage des cancers.
- Il apportera des dispositifs permettant de contrer d'autres freins actuels du dépistage, tels que la négligence et le manque de connaissance des femmes, le manque de temps à l'incitation et à la proposition des médecins …etc.
- Il peut être à l'origine d'un libre parler du sujet entre les femmes

Elles ont également conscience que certaines continueront à ne pas se faire dépister, mais ceci en moindre proportion qu'avec le dépistage individuel.

Au vu des résultats obtenus par les entretiens, aussi variés soient-ils, nous pouvons tout de même en ressortir une logique des discours.

Il est difficilement réalisable de dégager une pensée uniforme. Mais il convient de mettre en lumière l'existence d'une certaine cohérence entre les attentes des femmes.

- Nécessité d'organiser un mode de convocation, de l'accompagner d'une feuille d'explication et d'incitation. Si nécessaire, il serait important de les relancer.
- Il est important de laisser le choix aux patientes entre différents praticiens et lieux de réalisation et de ne surtout pas l'imposer.
- Assurance d'une bonne communication entre les professionnels des différentes étapes du dépistage ainsi qu'une assurance qualité.
- Il existe un gros problème concernant le manque d'information explicative et préventive faite auprès des femmes. Cette notion a été systématiquement abordée. Elles demandent toutes, à bénéficier d'une meilleure information concernant ce cancer et son dépistage, quel que soit le moyen d'y parvenir :
    - actions auprès de populations ciblées ;
    - création de consultations organisées qui seraient gratuites et dédiées à l'information ;
    - création de forums médicalisés sur le cancer du col utérin et son dépistage
    - campagnes de sensibilisation ;
    - intervention primordiale des médecins.
- Une meilleure compréhension par les médecins de la réticence des femmes au geste et sa prise en compte lors de leur pratique permettraient d'atténuer l'appréhension de cet examen.
- L'aspect financier est pour l'ensemble des femmes, concernées ou non par des problèmes d'argent, un des freins majeurs au dépistage. Le besoin de mettre en place une prise en charge financière ressort dans les entretiens, qu'elle soit demandée pour une population défavorisée ou pour tout le monde.

L'étude a montré tout de même la diversité des patientes à laquelle le dépistage est confronté : hétérogénéité de propositions et d'avis, point important à ne pas négliger lors de l'organisation du dépistage. En conséquence, il faudra proposer des actions diverses pour tenir compte de l'âge, des caractéristiques socio-économiques, des différents aspects culturels des populations ciblées, des différents niveaux de compréhension et de connaissance ainsi que des attitudes des femmes concernées par le dépistage.

Il serait maintenant intéressant de faire une étude qualitative pour connaitre les avis des médecins sur l'organisation généralisé de ce dépistage ainsi que leurs attentes pour remédier également aux freins auxquels ils sont confrontés.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Institut National du Cancer. La situation du cancer en France en 2012. Collection état des lieux et des connaissances, ouvrage collectif édité par l'INCa. Boulogne-Billancourt, décembre 2012

[2] Duport N. Institut National de Veille Sanitaire. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus. État des connaissances. INVS. Actualisation 2008 http://www.invs.sante.fr/publications/2008/cancer_col_uterus_2008/cancer_col_uterus_2008.pdf

[3] Haute Autorité de Santé. Recommandations en santé publique. Etat des lieux et recommandation pour le dépistage du cancer du col utérin en France. Synthèse et recommandation. Juillet 2010, 53p http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/synthese_recommandations_depistage_can cer_du_col_de_luterus.pdf

[4] Haute Autorité de Santé. Communiqué de presse. Cancer du col de l'utérus : la Haute autorité de santé recommande la mise en place d'un dépistage national organisé. HAS. 15 novembre 2010. Disponible en ligne : http://www.has-sante.fr/

[5] Curado MP, Edwards B, Shin HR, Storm H, Ferlay J, Heanue M, et al. Cancer Incidence in Five Continents Vol. IX.IARC Scientific publications No.160. Lyon, 2007

[6] World Health Organization. Preventing chronic diseases : a vital investment. WHO global report. Geneva, 2005

[7] Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2002: Cancer incidence, Mortality and Prevalence worldwide. IARC CancerBase No.5 version 2.0 Lyon: IARC Press, ed. 2004

[8] Boyle P, Ferlay J. Cancer incidence and mortality in Europe, 2004. *Ann Oncol 2005*: 16(3):481-8.

[9] Arbyn M, Raifu AO, Autier P, Ferlay J. Burden of cervical cancer in Europe : estimates for 2004. Ann Oncol 2007;18(10):1708-15.

[10] Institut National du Cancer. Le cancer du col de l'utérus en France : état des lieux 2010. Boulogne-Billancourt, juillet 2010, 22p http://www.e-cancer.fr/publications/69-epidemiologie/395-le-cancer-du-col-de-luterus-en-france-etat-des-lieux-2010

[11] HCL, InVS, Francim, Inserm, INCa. Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2010. Rapport technique. Avril 2010

[12] Institut National du Cancer. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Rapport technique. INCa. Juin 2011

[13] Belot A. et al, (2008). Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. Rev Épidemiol Sante Publique. 2008 Jun; 56(3): 159-75.

[14] Direction générale de la santé. Comité technique des vaccinations. Guide des vaccinations. Edition 2012

[15] Exbrayat C. Col de l'utérus. In: Remontet L, Buemi A, Velten M, Jougla E, Esteve J. Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. Paris; Francim, HCL, Inserm, InVS : 2003. p107-12.
http://www.invs.sante.fr/publication/2003/rapportcancer2003

[16] Duport N. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus. Etat des connaissances. Saint-Maurice; INVS:2007

[17] Survie des patients atteints de cancer en France, étude des registres du réseau Francim, Springer-Verlag France, 2007**.**

[18] Guizard AV, Sauvage M, Trétarre B, Danzon A, Molinié F. Col utérin. In: Réseau Francim, ed. Survie des patients atteints de cancer en France. Étude des registres du réseau Francim. Springer-Verlag. Paris, 2007: 241-8.

[19] Horner M.-J.et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2006, National Cancer Institute. Bethesda, MD, http://seer.cancer.gov/ csr/1975_2006/, based on November 2008 SEER data submission, posted to the SEER web site, 2009; Survie attendue des patients atteints de cancer en France : csr/1975_2006/, based on November 2008 SEER data submission, posted to the SEER web site, 2009; Survie attendue des patients atteints de cancer en France : état des lieux. INCa, collection rapports et synthèses, avril 2010.

[20] Baldauf J.J. Module 10 : Cancérologie clinique onco-hématologie. ENC Item 147. Tumeurs du col utérin. 2005-2006. [pdf]. Faculté de Médecine de Strasbourg, 2006 .14p
http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/medecine/cours_en_ligne/e_cours/cancero/module10_item147A.pdf

[21] Haute Autorité de Santé. Service évaluation des actes professionnels. Note de cadrage. Conditions de réalisation de la détection des papillomavirus humains (HPV). HAS, Juin 2012, 32p

[22] Green J. Human papillomavirus infection and use of oral contraceptives. *British Journal of Cancer,* 2003, **88**(11): 1713-20

[23] Moreno V, Bosch FX, Muñoz N *et al.* Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. *The Lancet,* 2002, **359**: 1085-1092

[24] Blanc B. Le dépistage du cancer du col de l'utérus. Éditions Springer, 2005

[25] Lehmann V, Kiep E, Pobel C. Prise en charge des condylomes acuminés externes : revue de la littérature. *J Pharm Clin,* 2005, **24**(2) : 61-9

[26] Aubin F, Pretet JL, Mougin CH. Papillomavirus humains – Biologie et pathologie tumorale. Éditions EM inter, Éditions TEC & DOC, 2003

[27] Parkin DM. Clinical Trials Service Unit and Epidemiological Studies Unit, University of Oxford, Headington, UK. The global health burden of infection-associated cancers in the year 2002**.** Int J Cancer. 2006 Jun 15;118(12):3030-44.

[28] Agius G. Infection à papillomavirus du col de l'utérus. Enquête épidémiologique dans un Centre de Santé de la Sécurité Sociale. Expérience diagnostique au CHU de Poitiers. Laboratoire de Virologie, CHU de Poitiers. JNI, Bordeaux, 2006, 50p
http://www.infectiologie.com/site/medias/JNI/JNI06/CT/ct6-Agius.pdf

[29] Östör A (1993). Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review. *Int J Gynecol Pathol*. 12: 186-192.

[30] Papanicolaou GN, Traut HF. Diagnosis of Uterine Cancer by the Vaginal Smear. The Commonwealth Fund. New York, 1943

[31] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Recommandations pour la pratique clinique - Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal .Actualisation 2002. Saint-Denis: ANAES, 2002
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/frottis_final_-_recommandations.pdf

[32] CIRC (2005) Cervix Cancer Screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention. Vol. 10. Lyon.
http://screening.iarc.fr/doc/HANDBOOK10.pdf

[33] HAS .Cahier des charges du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/cctp.pdf.

[34] Blanc B ,Estrade JPh et Agostini A.Le frottis de dépistage : force, limites et optimisation

[35] Monsonego J et al (2001) Liquid based cytology for primary cervical cancer screening a multi centre study . Br J Cancer 84(3) :382-6

[36] Lorincz AT et al (2003) Human papilloma virus DNA testing as an adjunct to cytology in cervical screening programs. Arch Pathol Lab Med 127: 959-68

[37] Solomon D et al (2001) Comparaison of three management strategies for patients with atypical squamous cells of undetermined significience. J Natl Cancer Inst 93: 293-99

[38] ANAES .Service évaluation des technologies – service évaluation économique. mai 2004. Évaluation de l'intérêt de la recherche des papillomavirus humains (HPV) dans le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus

[39] Clavel C et al negative human papillomatesting in normal smears selects a population at low risk for developing high grde cervical lesions. Br J Cancer 90 (9): 1803-8

[40] Cuzick J et al (2003)Management of women who test positive for high-risk types of human papillomavirus : the HART study Lancet b362: 1871-6

[41] Petry KU et al (2003) Inclusion of hpv testing in routine cervical cancer screening for women above 29 years in Germany Br J Cancer 88:1570-7

[42] Piana L, Leandri F, Le Retraite L, Heid P, Tamalet C, Sancho-Garnier H .L'auto-prélèvement vaginal à domicile pour recherche de papilloma virus à haut risque. Campagne expérimentale du département des Bouches-du Rhône. Bulletin du Cancer. Volume 98, Numéro 7, 723-31, July 2011, Article original.

[43] ARS (agence régionale de santé) Centre. Dépistage du cancer du col de l'utérus. Disponible sur : *www.ars.centre.sante.fr/index.php?id=98070* **.**

[44] Haute Autorité de Santé. Recommandations en santé publique. Etat des lieux et recommandation pour le dépistage du cancer du col utérin en France. Juillet 2010. Argumentaire, 235p

[45] Institut de veille sanitaire. Evaluation du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus. Programme de dépistage « organisé » du cancer du col de l'utérus. INVS http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers_depistage/evaluation_uterus_programme.htm

[46] Mahé C,Cocqueel F ,Garnier A. Etat des lieux du dépistage du cancer du col utérin en France. INCa, 2007.

[47] Duport N, Haguenoer K, Ancelle-Park R, Bloch J. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus – Evaluation épidémiologique des quatre départements « pilotes ». InVS, 12 juin 2007.

[48] INCa, 2011 .Dépliant pour professionnels de santé-« Programme expérimental de dépistage du cancer du col de l'utérus dans votre département ».

[49] Azoulay C. Dépistage généralisé du cancer du col utérin. La revue du praticien Médecine Générale. Mars 2013, Tome 27, N°898, 250-251

[50] Gauwin.G. Les freins rencontrés par les médecins généralistes dans le dépistage du cancer du col de l'utérus. Enquête auprès des maitres de stage de Haute-Normandie. Thèse : Rouen 2012

[51] Schaffer P, Anthony S, Allemand H. La prévention du cancer du col passe-t-elle par un rythme rapproché des frottis ? Conférence de Consensus sur le dépistage du cancer du col utérin, XXXIIIe Congrès de la fédération des gynécologues et obstétriciens de langue française. Lille, 1990

[52] Hakama M., Miller A.B., & Day N.E. Screening for cancer of the uterine cervix. From the IARC Working Group on Cervical Cancer Screening and the UICC Project Group on the Evaluation of Screening Programmes for Cancer. IARC Sci Publ , 1-315. 1986.

[53] WHO. National Cancer Control : Programmes, Policies and Managerial Guidelines. 2nd Edition. Genève, 2002

[54] Van Ballegooijen M. & Hermens R. (2000). Cervical cancer screening in the Netherlands. Eur J Cancer **36:** 2244-2246.

[55] Van Ballegooijen M., van den Akker van Marle M.E., Patnick J., Lynge E., Arbyn M., Anttila A., Ronco G., & Habbema D.F. (2000). Overview of important cervical cancer screening process values in EU-countries, and tentative predictions of the corresponding effectiveness and cost-effectiveness. *Eur J Cancer* **36:** 2177-2188.

[56] Association Eve. 2006. Campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus en Alsace. Bulletin d'information janvier 2006

[57] Observatoire régional de la santé de Franche-Comté, Association pour la prévention du cancer du col de l'utérus dans le Doubs, Ventura Martins C, Woronoff AS, Hochart A, Gagey S, *et al.* Évaluation de la campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus dans le Doubs 1993-2004. Besançon: ORS Franche-Comté; 2005.

[58] Laara E, Day NE, Hakama M. Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: association with organized screening programmes. Lance 1987;1(8544):1247-9.

[59] Aubin-Auger I, Baumann L, Imbert P, Lehr-Drylewicz A, Letrilliart L, Mercier A et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone : GROUM-F. Exercer 2008;84 :142-5.

[60] Blay M, Martineau S- L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes

[61] Mucchielli A- Les processus intellectuels fondamentaux sous-jacents aux techniques et méthodes qualitatives

[62]ECCA Cervical Screening (2004).Dépistage du cancer dans l'Union européenne. Rapport sur la mise en œuvre de la recommandation du Conseil sur le dépistage du cancer, Premier rapport. 2004

[63] Anttila A. et al. Col de l'utérus politiques de dépistage du cancer et de la couverture en Europe, Eur J Cancer. Oct. 2009, 45 (15):2649-58.

[64] Doumont D, Deccache C. Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus : quelles recommandations pour quelle efficacité, tour d'horizon des pays européens et/ou anglo-saxons.1ère partie : Aperçu général de la situation européenne et anglo-saxonne-UCL-RESO, Education pour la santé, Faculté de Médecine, Université Catholique de Louvain

[65] Gibon E. Comment mettre en place un dépistage organisé du cancer du col utérin en Loire Atlantique.Thèse : Nantes 2007

[66] Blanc D, Sartori V, Hedelin G, Schaffer P. Influence des connaissances relatives au cancer sur les comportements de prévention de la population du Bas-Rhin. Bulletin du cancer 1998, 85(6) p569-577

[67] Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif à la révision de l'âge de vaccination contre les infections à papillomavirus humains des jeunes filles. HCSP. 28 septembre 2012, 7p

[68] Plan cancer 2009-2013. Mesure 6. Action 6.3. Enquêtes & sondages. Médecins généralistes et dépistage des cancers. Synthèse des résultats de l'enquête barométrique. INCa/ BVA septembre 2010.Edité en juin 2011

[69] Institut National du Cancer. Limites et incertitudes sur le dépistage. INCa, date de dernière mise à jour : 21/09/2012.
http://www.e-cancer.fr/depistage/depistage-du-cancer-du-sein/limites-et-incertitudes-sur-le-depistage

[70] Institut National du Cancer. Ethique et dépistage organisé du cancer du sein en France. Synthèse du rapport. INCa, Octobre 2012, 12p

[71] Guerin S, Hill S. Dépistage des cancers. Institut Gustave Roussy. Novembre 2011, 57p
www.igr.fr/doc/cancer/pdf/prevention/depi-nov-2011.pps

[72] Monsonego J. Traité des infections et pathologies génitales à papillomavirus. Éditions Springer, Paris, 2007

[73] Thiberville M. Le triage par les secrétaires médicales des demandes de soins urgents ou non. Programme en Médecine Générale de ville. Thèse : Rouen 2012

LES ANNEXES

Annexe 1 : *Principes et méthodes de la cytologie classique*

Annexe 2 : *Principes et méthodes de la cytologie en milieu liquide, exemple de la méthode ThinPrep®Pap Test™*

Annexe 3 *: Compte-rendu cytologique (système de Bethesda 2001)*

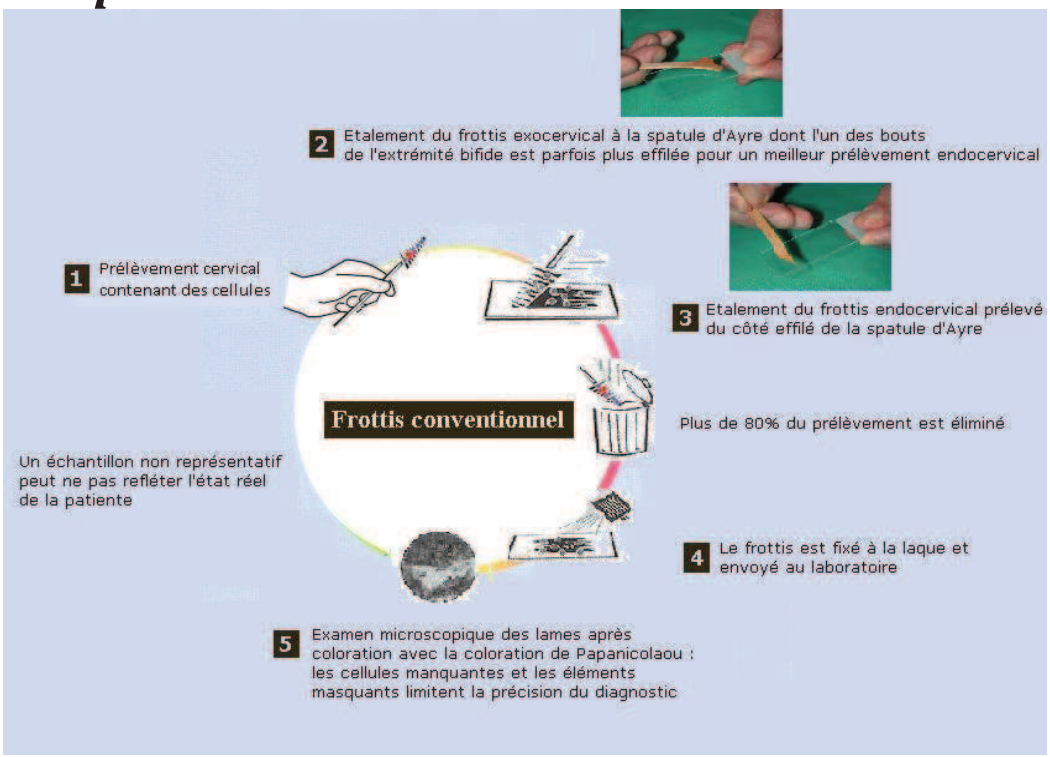
Annexe 4 : *Le fonctionnement des premiers sites français « pilote ».*

Annexe 5 *: Le guide d'entretien*

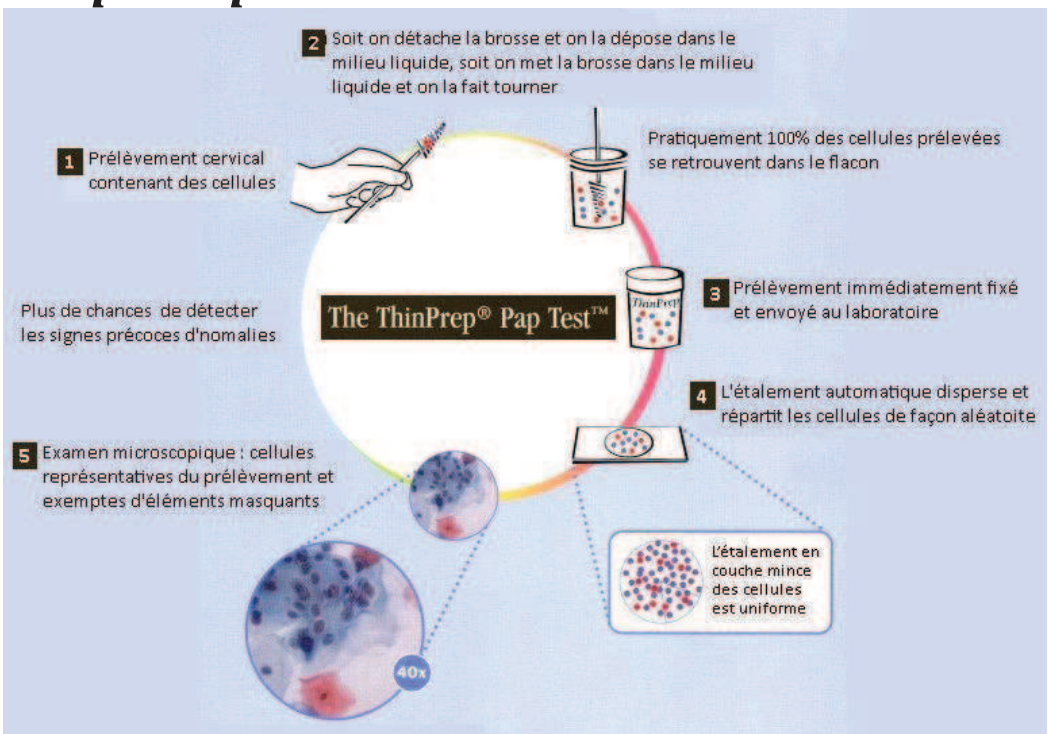
Annexe 6 : Récapitulatif des différents modes de dépistage selon les pays

Annexe 7 : Les différents exemples de programme d'organisation nationale

ANNEXE 1 : Principes et méthodes de la cytologie classique



ANNEXE 2 : Principes et méthodes de la cytologie en milieu liquide, exemple de la méthode ThinPrep®Pap Test™



ANNEXE 3 : Compte-rendu cytologique (système de Bethesda 2001)

1. QUALITE DU PRELEVEMENT

- **Satisfaisant pour évaluation**
- **Non satisfaisant pour évaluation** (préciser la raison)

2. INTERPRETATION /RESULTAT

- **Absence de lésion malpighienne intra-épithéliale ou de signe de malignité** (frottis normaux, modifications non néoplaaiquea) (a'il y a lieu, préciser)
- **Anomalies des cellules malpighiennes**
  - ASC-US
  - ASC-H
  - LSIL
  - HSIL. Le caa échéant : préaence d'élémenta faiaant auapecter une invasion
  - Carcinome malpighien
- **Anomalies des cellules glandulaires**
  - AGC endocervicales, endométriales ou sans autre précision
  - AGC en faveur d'une néoplaaie : endocervicalea ou aana autre précision
  - Adénocarcinome endocervical *in situ*
  - Adénocarcinome : endocol, endométrial, extra-utérin ou sans autre précision
- **Autres**
  - Cellules endométriales chez une femme âgée de 40 ans ou plus.

3. PRECISIONS, NOTES ET RECOMMANDATIONS

- Préciaer ai l'examen eat automatiaé et ai la recherche dea HPV a été réalisée.
- Notes et recommandations concises, formulées en termes de suggestions, et si possible accompagnées de références.

D'autrea paramètrea (but de l'examen, réaultat d'une relecture, etc.) peuvent être proposés et le codage de chaque paramètre est possible selon la codification ADICAP.

ANNEXE 4 : Le fonctionnement des premiers sites français « pilote ». [42]

	Alsace	**Doubs**	**Isère**
Date démarrage	Bas Rhin:1994 ; Haut Rhin : Sept 2001	1993	1991
Nom de l'Association	EVE	APCC 25 (dissoute aujourd'hui)	ODLC
Population cible	25-65	20-65 (arrêt Juin 2004)	50-69 (1991-2000) 50-74 (2002-2006)
Nombre de bénéficiaires	Estimation 2006 : 489722	Estimation 2003 : 149802	Estimation 2006 : 140568
Modalités d'invitation	Pas d'invitation de l'ensemble de la population cible Sollicitation nominative des femmes non dépistées depuis 3 ans depuis l'année 2002 Listing des femmes non revenues depuis 3ans ½, adressés aux médecins pour relances	Pas d'invitation nominative de la population cible En 1999 et 2001, invitation de toutes les femmes de 45-65 ans et des plus jeunes non suivies	Invitation à un examen gratuit tous les 30 mois (jusqu'en 2000) puis tous les 24 mois (depuis 2002) Sans lien avec la date du dernier examen
Recueil des Frottis du département	Recueil auprès des ACP de tous les FCU pratiqués par la population cible	Recueil de tous les FCU grâce à une centralisation des frottis par le CRISAP	Recueil des seuls examens faits dans le protocole gratuit
Courriers de résultats	Pas d'envoi de courriers de résultats aux femmes	Pas d'envoi de courriers de résultats aux femmes	Pour tous frottis avec ou sans anomalie : courrier à la femme et au médecin (si +)
Attitude pour FCU non significatifs	Courrier au médecin en absence de contrôle après 6 mois	Pas de courrier	FCU annoncé comme non significatif mais pas de suivi du contrôle
Recueil du suivi	Pour ASCUS et au-delà : courrier au médecin pour connaître la nature de la prise en charge. Relance du médecin en absence de suivi et de la femme si celle-ci est perdue de vue par le médecin	Relance du médecin (idem Alsace) si absence de suivi à partir de 1998	Procédure idem Alsace

Coût pour les femmes	Montant du Ticket Modérateur (10% seulement de l'acte car régime dérogatoire en Alsace, sauf femmes relevant du régime général)	Montant du Ticket Modérateur (30% de l'acte)	Gratuit si utilisation prise charge (financement par FNPEIS)
Financement de la logistique	2/3 FNPEIS ; 1/3 Conseils généraux	FNPEIS	Conseil général Isère
Participation des médecins généralistes	Prélevés par un médecin généraliste : 3%(données 2005)	Moyenne 1993-2004 :14%	Données 2004 : 37%
Formation des MG	Organisation de sessions de formation pour MG (dt formations avec mannequins) En 2005, organisation de sessions « dépistages des cancers du sein , du colon et de col utérin » avec participation de 75% des MG (Haut Rhin)	Envoi de documentation En 2002 une session spécifique FMC à destination des MG	Session « dépistage 3 cancers » tous les 2 ans et vacations en consultations hospitalières pour prélèvements
Modalités de transmission des frottis à la structure	Transmission informatisée des résultats des ACP vers la structure (code EVE calqué sur la classification de Bethesda)	Centralisation des frottis par le CRISAP et transmission à la structure	Envoi d'une fiche papier remplie par les ACP (code Bethesda)

ANNEXE 5 : le guide d'entretien

CONTEXTE
-AGE :
-SITUATION PERSONNELLE: (célibataire, en couple, avec ou sans enfant)
-Niveau d'ETUDE/PROFF :
-LIEU D'HABITATION :

SUIVI MEDICAL
-DERNIERE VISITE MG :
-DERNIERE CONSULT GYNECO :
-Comment ou par qui est proposé consultation gynécologique ?
-SUIVI PAR FCV » êtes-vous suivi régulièrement, par qui et pourquoi ?

RESSENTIS ET FREINS FACE AUX CONSULTATIONS GYNECOLOGIQUES ET FROTTIS
-**SENTIMENTS EPROUVES lors des propositions de consultation gynécologique ?**
-LES RAISONS DU NON SUIVI : réticences, gestes, résultats, autres … ?

CONNAISSANCES, INFORMATIONS REÇUES
-Savez-vous à quoi sert le FCV ?
- Que savez-vous sur le CANCER DU COL ?
- Que savez-vous sur son DEPISTAGE ?

« Le cancer du col de l'utérus est causée par un virus (papillomavirus humain : HPV) qui se transmet lors des rapports sexuels ou par simple contact au niveau des parties génitales.
Le cancer du col de l'utérus est une maladie évitable :

- son évolution est lente.
- Avant l'apparition du cancer, il existe de nombreuses lésions précancéreuses que l'on dépiste par le frottis et que l'on guérit ensuite facilement en évitant ainsi l'apparition du cancer.

Cependant seulement 57 % des patientes sont bien dépistées.
En France, actuellement, il s'agit d'un dépistage individuel c'est-à-dire que les femmes vont voir spontanément un praticien pour faire leur frottis.
Il est recommandé chez les femmes de 25 à 65 ans. Les 2 premiers frottis devraient être effectués à 1 an d'intervalle et s'ils sont normaux, le dépistage devrait ensuite être tous les 3 ans.
Il peut être réalisé par le gynécologue, par le médecin généraliste, par les sages-femmes ou au laboratoire…

Dans certaines régions de France et dans certains pays d'Europe, le dépistage est organisé c'est-à-dire que le dépistage est proposé systématiquement à l'ensemble de la population cible. Les patientes sont invitées à se faire dépister. (Comme pour le cancer du seins ou cancer colorectal) »

DEPISTAGE ORGANISE

a. ***Qu'en pensait-vous ? Pourquoi ?***
b. ***Concrètement comment l'envisageriez-vous ?***

- Comment voudriez-vous être invitée ?
-Par quel(s) praticien(s) désirez-vous que ça soit réalisé ?
-Quels moyens pour rendre l'examen plus agréable ?
- Lieu de réalisation ?
- Frais ?

c. ***Quelles mesures devraient être prises pour promouvoir ce dépistage organisé et inciter les femmes à le faire ? –***
Comment pourrait-on toucher les femmes qui ont peu de suivis ou qui sont complètement hors système de soins ou sans domicile fixe ?

d. ***Pensez- vous que cela pourrait changer votre prise en charge ? si oui, en quoi ?***

e. ***Est-ce que cela vous ferez peur de le faire que tous les 3 ans (pour les patientes suivies)***

f. ***En quoi pour vous, cela pourrait ou non améliorer le dépistage ?***

ANNEXE 6 : Récapitulatif des différents modes de dépistage selon les pays

Les dépistages uniquement opportunistes/individuels

- **L'Allemagne** : Dans l'Allemagne de l'Ouest, en 1971, un programme de dépistage de type opportuniste du cancer du col utérin a été mis en place. C'est ce programme qui a été étendu à toute l'Allemagne lors de la réunification en 1990.
- **La Bosnie.**
- **La Bulgarie** : Le premier programme de dépistage opportuniste a été mis en place en 2000. Actuellement, un programme et une stratégie nationale pour le dépistage oncologique ont été votés par le parlement.
- **Chypre.**
- **La Croatie.**
- **La Grèce.**
- **La Lettonie** : En 2005, un programme de dépistage opportuniste a été réintroduit en Lettonie mais en 2007 certains points ont été modifiés en accord avec le Parlement Européen
- **La Lituanie**
- **Le Luxembourg** : En 1980, le programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus a été institutionnalisé, de type individuel
- **La République Slovaque** : Selon la loi de 2007, le dépistage du cancer du col utérin sera organisé. Mais en 2009, c'était toujours un programme de dépistage individuel.
- **La République Tchèque** : Un programme national de dépistage de type opportuniste a été mis en place en 2008.

Les dépistages opportunistes associés à quelques programmes organisés régionaux

- **L'Autriche** : Le premier programme date de 1950. Actuellement, il est de type organisé dans un état sur neuf.
- **La Belgique** : la Communauté flamande lancera début 2013 un dépistage organisé.
- **L'Espagne**
- **L'Italie** : Certaines régions ont un programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Déploiement national en cours
- **Le Portugal** :
- **La Roumanie**
- **La Serbie**

Les dépistages organisés nationaux

- **L'Angleterre :** Le programme de dépistage du cancer du col de l'utérus a commencé en 1988 avec l'organisation d'invitations et de procédure de rappel**.**
- **Le Danemark :** depuis 1996, et depuis 2007, le conseil national de la santé au Danemark a proposé un nouveau programme de dépistage.
- **L'Ecosse.**
- **L'Estonie:** En 2006, le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus a été mis en place à l'échelle nationale.
- **La Finlande :** depuis 1963.
- **La Hongrie :** Dans le cadre du programme national de santé publique, un dépistage organisé a été mis en place en 2000 et a été opérationnel depuis 2004.
- **L'Irlande :** depuis 2008.
- **L'Islande :** depuis 1964.
- **La Norvège :** depuis 1995
- **Les Pays-Bas**
- **Le pays de Galles**
- **La Pologne :** depuis 2007
- **La Slovénie :** Un programme de dépistage organisé est établi depuis 2003**.**
- **La Suède**

ANNEXE 7 : Les différents exemples de programme d'organisation nationale

a) L'Angleterre

Dès 25 ans et jusqu'à 64 ans, les femmes reçoivent des invitations d'appel et de rappel pour aller réaliser le dépistage. Le test est pratiqué, tous les 3ans pour la population cible âgée de 25 à 44 ans et tous les 5ans dès 45 ans. Prélèvement réalisé par des médecins généraliste et des IDE.

b) Le Danemark

Les femmes âgées de 23 à 65 ans , qui sont répertoriées comme n'ayant pas eu de test de dépistage au cours des 3 dernières années , sont personnellement invitées à effectuer gratuitement 1 FCV chez leur MG. Si l'analyse du frottis cervical montre des signes anormaux, une colposcopie sera réalisée. Une évaluation à l'échelle nationale a été mise en place avec 10 indicateurs de qualité depuis 2007.

c) L'Ecosse

Le dépistage concerne les femmes de 20 ans à 60 ans. Le test de dépistage est réalisé tous les 3 ans par les infirmières et infirmiers.

d) L'Estonie

Il est recommandé de réaliser un test de dépistage tous les 5 ans après un premier test négatif chez les femmes âgées de 30 à 59 ans. Celles qui ont déjà eu un diagnostic de cancer du col de l'utérus, ou qui sont sans assurance maladie ou qui ont déjà bénéficié d'un frottis de dépistage l'année précédente, ne sont pas invitées. La fondation de dépistage du cancer, est à l'origine du travail technique (invitation, rappel, résultats des tests, recherche supplémentaire possible). Le frottis est réalisé, par des sages-femmes formées, au sein de 19 cliniques. Le financement est assuré par la caisse d'assurance maladie d'Estonie. Pour obtenir leurs résultats, les femmes doivent contacter elles-mêmes le laboratoire où leur test est analysé. Si le test est anormal et qu'une pathologie est détectée, c'est le gynécologue qui les prend alors en charge.

En 2007, une campagne médiatique annuelle a débuté avec le soutien de la société estonienne du Cancer.

e) La Finlande

Le dépistage est réalisé tous les 5 ans chez les femmes de 30 à 60 ans qui sont invitées par le registre national de la population .Dans des centres de santé municipaux, les frottis sont prélevés par des infirmières ou des sages-femmes formées. Le dépistage est gratuit pour les femmes, pris en charge par la municipalité à partir des budgets de soin de santé primaire. Si le frottis est anormal, la personne doit passer une colposcopie.

Le registre du Cancer de Finlande rassemble les données liées aux invitations, aux résultats du dépistage et les informations concernant l'anatomo-pathologie.

La Finlande souhaite améliorer le taux de participation et la compliance, surtout chez les femmes âgées de 25 à 39 ans. Une des options choisie est l'envoi de rappels aux femmes ne participant pas au programme. Une autre action mise en place consiste à arrêter les actions inutiles (telles que la surutilisation des tests, le dépistage opportuniste, etc.)

f) La Hongrie

Le dépistage concerne les femmes de 25 à 65 ans et il est réalisé tous les trois ans, après un premier test négatif. Un examen gynécologique complet, avec une colposcopie et un frottis, est effectué par un gynécologue.

L'Office of the Chief Medical Officer (OCMO) se charge de l'organisation, de la coordination, de la surveillance, du contrôle de qualité et de l'évaluation du programme. Le département de coordination de dépistage gère les unités de coordination de dépistage dans les 20 zones administratives ainsi que la gestion et l'exécution. Le registre central de dépistage se charge d'alimenter la base de données.

Un programme collecte une liste de la population via l'administration de la caisse d'assurance maladie. Cette liste comporte des données d'identification personnelle, un numéro de sécurité sociale et elle couvre presque l'ensemble de la population hongroise à l'exception des femmes ayant été soit hystérectomisées, soit diagnostiquées et traitées pour un cancer du col utérin ou des femmes ayant, pour diverses raisons, réalisé un examen de dépistage au cours des trois dernières années. La liste de la population est envoyée aux médecins de soins primaires afin qu'ils la mettent à jour et la valident. Ensuite cette liste est renvoyée au département de coordination qui s'en sert comme une liste de notification. A partir de là, une invitation personnelle est émise pour le public-cible Lorsqu'une femme vient spontanément dans un laboratoire pour faire un test de dépistage, le laboratoire récolte des données telles que l'âge de la femme, son numéro de sécurité sociale, le lieu et la date du test, l'examen cytologique et les résultats. Ces informations seront désormais transmises au registre central de dépistage.

g) L'Irlande

Les femmes éligibles, de 25 à 65 ans, peuvent s'inscrire au dépistage par invitation du bureau central ou de leur médecin traitant ou sur initiative personnelle. Le dépistage est réalisé tous les 3 ans pour celles âgées entre 25 et 44 ans et tous les 5 ans pour celles âgées de 45 à 65 ans.

Les tests de dépistage sont fournis par le programme et réalisés par des MG ou par des infirmières reconnus dans le cadre du programme.

La gestion des invitations-rappels et la surveillance du registre des résultats cliniques des femmes dépistées sont réalisées par le système d'information du registre de dépistage du cancer du col de l'utérus. Le but est de s'assurer que le suivi approprié est bien fourni.

h) L'Islande

L'âge cible est situé entre 20 et 69 ans et le test est fait tous les deux ans par des gynécologues ou médecins généralistes.

i) La Norvège

Le dépistage est réalisé tous les 3 ans de 25 à 69 ans par des médecins de soins primaires.

j) Les Pays-Bas

Le dépistage a lieu tous les 5 ans chez les femmes entre 30 et 60 ans. Une invitation individuelle est envoyée à partir du registre de la population. Les frottis sont gratuits et réalisés par les médecins généralistes ou par leurs assistants formés à cet effet. Le programme est financé par le 'Central earmarked funds'.

k) La Pologne

Le ministère de la Santé a créé un système de gestion comportant un bureau central et des bureaux régionaux de coordination du programme.

Les femmes entre 25 à 59 ans, reçoivent une invitation via le Fond National de la Santé et se font dépister tous les 3 ans.

Une base de données informatique a été réalisée. Elle est stockée dans un serveur et est disponible dans tout le pays. Chaque participant y a accès et peut introduire des données. Elle contient la date et le lieu où a été réalisé le frottis, l'analyse du frottis et les informations concernant la colposcopie si le frottis est anormal et si un diagnostic plus approfondi est nécessaire. Cependant, les gynécologues ne sont pas très coopérants pour introduire leurs patientes dans cette base de données. Pour remédier à ce problème, les laboratoires pourront eux-mêmes entrer les données.

l) La Slovénie

La politique de dépistage est définie par les recommandations du ministre sur base des évaluations réalisées dans les soins de santé primaire. Le conseil national nommé par le Ministre de la santé surveille les résultats du programme.

Chez les femmes âgées entre 30 et 64 ans, si les deux frottis précédents sont négatifs, le dépistage est effectué tous les 3 ans sur invitation.

m) La Suède

Le dépistage a lieu une fois tous les 3 ans pour les femmes âgées de 23 à 50 ans et une fois tous les 5 ans pour les femmes entre 51 et 60 ans.

Des invitations sont envoyées aux femmes qui n'ont pas eu de frottis au cours des 3 à 5 dernières années. Ce sont les laboratoires qui émettent les invitations sauf à Stockholm où il existe un bureau de dépistage qui recouvre plusieurs laboratoires situés dans la zone métropolitaine. En fonction des régions, le lieu et la date du test sont indiqués sur l'invitation mais la personne peut aller chez le médecin de son choix et à la date de son choix. Dans ce cas, le test est enregistré et l'invitation est postposée.

Dans des centres périnataux, les frottis cytologiques sont réalisés par des SF sous la supervision de GY. Si le test est réalisé hors du programme, il est souvent effectué par des gynécologues privés et par des médecins généralistes.

Le suivi à long terme après des résultats de frottis anormaux était le fait des cliniques privées. Désormais, il est pris en charge par le système d'invitation au dépistage.

Le système mis en place présente l'avantage de l'invitation et du rappel informatisé.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

Delphine GRANIOU
Thèse n°
Année 2012-2013
119 pages
2 graphiques-2 figures-9 tableaux- 7annexes

Le point de vue des femmes sur la mise en place d'un dépistage national organisé du cancer du col de l'utérus

Etude qualitative auprès de femmes de Haute-Normandie

Résumé :

Contexte : Le cancer du col de l'utérus est un candidat idéal pour le dépistage. Il pourrait potentiellement devenir une maladie rare en France, mais il est encore responsable de près de 1000 décès par an. Le dépistage individuel actuel aurait des limites avec un taux de couverture de seulement 57%. Des expériences européennes et départementales « pilotes » françaises, ont démontré l'efficacité du dépistage organisé du cancer du col par rapport à l'individuel. Les politiques de santé actuelles en incitent donc la mise en place nationale.

Objectif : recueillir les points de vue des femmes de la tranche d'âge cible sur la mise en place d'un dépistage national organisé pour ce cancer, leurs attentes et propositions afin de remédier aux freins et d'inciter plus de femmes à se faire dépister.

Méthode : Etude qualitative inductive à partir de 15 entretiens semi dirigés auprès de femmes de 25 à 65ans de la région Haute-Normandie. Une retranscription intégrale de ces entretiens a été réalisée puis suivie d'une analyse thématique du contenu.

Résultats : L'étude a montré la diversité des patientes à laquelle le dépistage est confronté. Mais quelles que soient les raisons, la majorité des femmes de l'étude sont en faveur d'une organisation généralisée du cancer du col de l'utérus.

Conclusion : Cette étude a permis de mieux connaitre le point de vue des femmes et suggère la mise en place d'une organisation avec un mode de convocation-relance accompagné d'une feuille explicative et incitative ; le choix laissé aux patientes entre différents praticiens et lieux de réalisation ; une Assurance-qualité ; une meilleure transmission d'information sur ce cancer et son dépistage notamment par des actions auprès de populations ciblées, par la création de consultations dédiées et par l' intervention des médecins et pour terminer avec un dispositif d'aide financière au dépistage.

Mots clés : Dépistage organisé. Cancer du col de l'utérus. Etude qualitative. Patientes.