



HAL
open science

La prise en charge des patientes ayant un frottis cervico-utérin anormal en médecine générale : étude qualitative auprès des médecins généralistes de l'agglomération havraise

Dimitra Giannaka

► **To cite this version:**

Dimitra Giannaka. La prise en charge des patientes ayant un frottis cervico-utérin anormal en médecine générale : étude qualitative auprès des médecins généralistes de l'agglomération havraise. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00975729

HAL Id: dumas-00975729

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00975729v1>

Submitted on 29 Apr 2014

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

ANNEE 2013

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'état)

PAR

Dimitra GIANNAKA

NEE LE 29/01/1985 A ATHENES, GRECE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29/08/2013

**La prise en charge des patientes ayant un frottis
cervico-utérin anormal en médecine générale.**

Etude qualitative auprès des médecins généralistes de l'agglomération havraise.

PRESIDENT DE JURY : Pr. Jean-Christophe SABOURIN

DIRECTEUR DE THESE : Dr. Bruno ARRESTIER

ANNEE UNIVERSITAIRE 2012 - 2013
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **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 - M^{le} 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	Hépto – 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
Mlle 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
Mlle 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
Mlle 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	Hépto - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT (Surnombre)	HCN	Neurologie

M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
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 (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépat – 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 (<i>Surnombre</i>)	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
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M Jean-Marie VAUGEUIS	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. 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
M. Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

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

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 OVRARD-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 propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Christophe Sabourin,

Vous me faites l'honneur d'être le président de mon Jury de thèse, veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance d'avoir accepté de juger ce travail sans aucune hésitation.

A Monsieur le Docteur Bruno Arrestier,

Vous m'avez fait découvrir la médecine générale en ville et vous m'avez confortée dans mon choix de cette spécialité. Vous avez accepté de diriger cette thèse avec un grand enthousiasme. Je vous remercie de vos précieux conseils, vos remarques constructives et votre patience tout au long de ce travail. Je n'aurai pu effectuer ce travail sans votre soutien et vos encouragements. J'en suis très reconnaissante.

A Monsieur le Professeur Pierre Fainsilber,

Vous me faites l'honneur de participer au Jury de cette thèse et d'accepter de juger ce travail, veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Bertrand Macé,

Vous me faites l'honneur de participer au Jury de cette thèse et de faire le jugement de ce travail, soyez assuré de mes remerciements et de ma respectueuse considération.

Aux 14 médecins généralistes de cette étude, sans qui ce travail de thèse n'aurait pu être réalisé. Merci pour votre participation et les points de vue que vous avez partagés avec moi, lors des entretiens.

Au Dr. Jean-Paul Thueux et au Dr. Marie-Thérèse Thueux, vous m'avez aidé à définir le sujet de cette thèse. Je vous remercie pour vos conseils sur l'élaboration du guide d'entretien ainsi que pour les enseignements à la faculté.

Au Dr. Pascal le Roux, merci de m'avoir incité à finir ce travail.

A mes maîtres de stage, Bruno (encore une fois), Stéphane, Nadine, Agnès, le Dr. Avril et le Dr Landel, qui m'ont fait aimer la médecine générale. Merci pour vos conseils, votre soutien et votre investissement.

A mes chefs pendant les stages hospitaliers, Dr. Leau, Dr. Olive-Daem, Dr. Benzidra et Dr. Lénard. Merci pour votre accueil chaleureux, votre patience, votre disponibilité et votre écoute et votre rigueur.

A l'équipe des urgences pédiatriques du Havre, à mes collègues Stéphanie, Nicole, Florie, Damien et Malek. Vous avez été présents à mes côtés tout au long de ce travail, merci pour votre accueil, votre soutien et votre disponibilité. Je suis ravie de faire partie de cette équipe.

A Mme Geneviève Lepiller, documentaliste, merci pour votre disponibilité et vos réponses rapides à mes recherches bibliographiques.

A Mélanie, je retiens ta gentillesse, ta disponibilité et ta bonne humeur. Merci pour ta présence quotidienne et ton écoute. Merci pour ta relecture des dictées des entretiens.

A mes deux rélectrices, Nicole et Elisabeth, pour votre inappréciable aide et le temps que vous m'avez consacré.

A Cristina, Noélie, Marco, Jean-Charles, Omar, Emilie, Viktoria, Raphael, Cindy et Noémie et tous mes autres co-internes, pour tous les moments d'angoisse et de joie.

Aux internes des urgences pédiatriques, Jérémie, Gaëlle, Alice, Anaïs, Safina, Simon, Grégoire, Juliette, Rosine, Orlane, Emmanuelle, Marie, Alexandre, Quentin, Charles.

A mes amis d'internat, Despina, Maud et Charlotte, Belinda, Aliko, Antoine, Adina, Myriam, Florent et ma colocataire Héléna, sans qui la route aurait été moins belle.

A Elisabeth, pour ces précieuses analyses qui m'ont aidées à trouver la motivation intérieure afin d'accomplir ce travail qui me paraissait insurmontable initialement.

A mes amis, Maria, Marietta, Viky, Katerina, Fabrice, Zoi, Amalia, Iréné, Harris, Ntina, pour votre présence à tout moment difficile, pour ces années de rigolade et des soirées.

A Léda, pour ton soutien psychologique, voire psychanalytique, de tous les instants et surtout pour tous ces bon moments partagés ensemble, et à venir!

A Valentina, ma meilleure amie, pour ton amitié, ton humour, ta sérénité, tes points de vue concordants et ta présence téléphonique à toute heure et pour toute raison.

A mon frère, merci pour avoir été là à chaque fois que j'en ai eu besoin. Merci d'être venu en France pour la soutenance de cette thèse.

A mes parents, «mon pilier», que j'aime infiniment. Un immense merci pour votre amour, votre soutien et votre aide en toutes circonstances. Je vous dédie ce travail.

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

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	11
SOMMAIRE	14
LISTE DES ABREVIATIONS	16
INTRODUCTION	18
1. <i>LES ANOMALIES CYTOLOGIQUES</i>	24
2. <i>LES RECOMMANDATION DE L'ANAES SUR LA CONDUITE DIAGNOSTIQUE DEVANT UN FROTTIS ANORMAL</i>	26
2.1. <i>Conduite diagnostique en cas de frottis avec atypie des cellules malpighiennes (ASC)</i>	26
2.2. <i>Conduite diagnostique en cas de frottis avec lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade (LSIL)</i>	27
2.3. <i>Conduite diagnostique en cas de frottis avec lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (HSIL)</i>	29
2.4. <i>Conduite diagnostique en cas de frottis avec anomalies des cellules glandulaires</i>	29
METHODE	31
1. <i>Le choix de la recherche qualitative</i>	31
2. <i>L'entretien comme technique de recueil des données</i>	31
3. <i>Le choix de l'entretien semi-dirigé et le guide d'entretien</i>	32
4. <i>Choix de l'échantillon</i>	34
5. <i>Le mode d'accès aux interviewés</i>	35
6. <i>Taille de l'échantillon</i>	37
RESULTATS	39
1. <i>Données sociodémographiques des médecins</i>	39
2. <i>La pratique du frottis cervico-utérin (FCU)</i>	42
3. <i>Le dossier médical</i>	44
4. <i>Le compte-rendu cytologique et le test HPV</i>	46
5. <i>L'information de la patiente</i>	50
6. <i>Les pratiques devant un frottis anormal</i>	51
7. <i>Les cas cliniques</i>	54
8. <i>La suite de la prise en charge</i>	57
9. <i>La relation avec le spécialiste</i>	59
10. <i>L'entretien téléphonique avec les anatomo-cytopathologistes</i>	60
DISCUSSION	62
1. <i>FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE</i>	62
1.1. <i>Forces</i>	62
1.2. <i>Limites</i>	64

<i>2. ANALYSE DES RÉSULTATS</i>	66
2.1. Les médecins interrogés	66
2.2. Le rôle du médecin traitant	67
2.3. La relation médecin – patiente	68
2.4. Le dossier médical	73
2.5. L'évaluation chiffrée de la qualité des pratiques en médecine générale	74
2.6. Le compte-rendu cytologique et la relation avec le cytopathologiste	75
2.7. La formation médicale continue	76
2.8. La prise en charge des frottis anormaux	77
2.9. Les recommandations professionnelles	78
2.11. Le test HPV	81
2.12. La relation avec le gynécologue	81
2.13. Le dépistage individuel	83
<i>3. PERSPECTIVES</i>	85
3.1. Le dossier médical personnel (DMP)	85
3.2. Une consultation ciblée à la prévention	86
3.3. Le dépistage organisé	87
3.4. Un outil pour simplifier les recommandations de l'ANAES	87
3.5 Pistes de recherche	89
CONCLUSION	90
GLOSSAIRE	92
ANNEXES	93
ANNEXE 1. SYSTÈME DE BETHESDA 2001	93
ANNEXE 2. GUIDE D'ENTRETIEN	94
BIBLIOGRAPHIE	97

LISTE DES ABREVIATIONS

ADN	Acide désoxyribonucléique
AFAQAP	Association Française d'Assurance de qualité en Anatomie et Cytologie Pathologiques
AGC	Atypical Glandular Cells (cellules glandulaires atypiques)
AIS	Adénocarcinome In Situ
AMELI	Assurance Maladie En Ligne
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANDEM	Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale
ASC	Atypical Squamous Cells (cellules malpighiennes atypiques)
ASC-H	Atypical Squamous Cells cannot exclude HSIL (cellules malpighiennes atypiques ne pouvant exclure une HSIL)
ASC-US	Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance (cellules malpighiennes atypiques de signification indéterminée)
CAPI	Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles
CGIN	Cervical Glandular Intra-epithelial Neoplasia
CIN	Cervical Intra-epithelial Neoplasia (néoplasies cervicales intra-épithéliales)
CIRC	Centre International de Recherche sur le Cancer
CIS	Carcinome In Situ
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DES	Diplôme d'Études Spécialisées
DMP	Dossier Médical Personnel
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DU	Diplôme Universitaire
EPP	Évaluation des Pratiques Professionnelles
FCU	frottis cervico-utérin
HAS	Haute Autorité de Santé
HPV	Human papillomavirus (papillomavirus humain)
HSIL	High Grade Squamous Intraepithelial Lesion (Lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade)
IARC	International Agency for Research on Cancer (CIRC)
INCa	Institut National du Cancer
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
InVS	Institut de veille sanitaire
LSIL	Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion (Lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RBP	Recommandations de Bonnes Pratiques
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SFCPCV	Société Française de Colposcopie et Pathologie Cervico-Vaginale
SNIIR-AM	Système National d'Information Inter-régimes de l'Assurance Maladie
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus est le 12ème cancer par ordre de fréquence chez la femme. En 2011, le nombre de nouveaux cas de cancer invasif du col de l'utérus est estimé à 2 810, selon les projections mises en ligne sur le site Internet de l'Institut de veille sanitaire (InVS). Le taux d'incidence standardisé à la population mondiale est estimé à 6,4 pour 100 000 femmes. Le nombre de décès est estimé à 1000, ce qui place le cancer du col de l'utérus au 13ème rang des décès par cancer chez la femme en 2011. Le taux de mortalité standardisé à la population mondiale est estimé à 1,6 pour 100 000 femmes [1, 2].

Du fait de son évolution lente et de l'existence de nombreuses lésions précancéreuses curables, le cancer du col de l'utérus peut être dépisté à un stade précoce et même prévenu par la détection de ces lésions précancéreuses. Le dépistage du cancer du col de l'utérus repose actuellement sur un test cytologique : le frottis cervico-utérin (FCU) [3]. Ce dépistage s'effectue généralement sur proposition du médecin traitant ou du gynécologue. La procédure, décrite en 1943 par Papanicolaou [4], consiste à prélever des cellules du col de l'utérus. Les cellules prélevées sont ensuite étalées et fixées sur une lame, dans le cas d'un frottis dit conventionnel. Dans le cas d'un frottis en phase liquide (ou en couche mince), le prélèvement est mis en suspension dans un flacon contenant un liquide de conservation. La technique en phase liquide est de réalisation plus facile, mais elle est plus coûteuse que l'étalement immédiat [5]. Les preuves actuelles sont insuffisantes pour remplacer le frottis de Papanicolaou par le frottis en milieu liquide [6, 7, 8].

Les prélèvements sont ensuite interprétés dans une structure d'anatomo-cytopathologie, qui détermine le type et le degré de gravité de l'anomalie cytologique éventuelle. L'interprétation du FCU par les anatomo-cytopathologistes se base actuellement sur le système de Bethesda 2001 [7], le seul recommandé en France (tableau 1). Selon ce

système, un compte-rendu de frottis doit comporter trois parties. La première partie témoigne du caractère interprétable du frottis. La seconde partie rapporte les éventuelles anomalies des cellules malpighiennes et/ou glandulaires. La troisième partie peut apporter des recommandations et des précisions [9, 10]. Tout frottis anormal doit être suivi d'investigations diagnostiques complémentaires (FCU de contrôle, test *Human papillomavirus* (HPV), colposcopie-biopsie, curetage de l'endocol, conisation, etc.).

<p>1. QUALITE DU PRELEVEMENT</p> <p><input type="checkbox"/> Satisfaisant pour évaluation</p> <p><input type="checkbox"/> Non satisfaisant pour évaluation (préciser la raison)</p>
<p>2. INTERPRETATION /RESULTAT</p> <p><input type="checkbox"/> Absence de lésion malpighienne intra-épithéliale ou de signe de malignité (frottis normaux, modifications non néoplasiques) (s'il y a lieu, préciser)</p> <p><input type="checkbox"/> Anomalies des cellules malpighiennes</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ASC-US <input type="checkbox"/> ASC-H <input type="checkbox"/> LSIL <input type="checkbox"/> HSIL. Le cas échéant : présence d'éléments faisant suspecter une invasion <input type="checkbox"/> Carcinome épidermoïde <p><input type="checkbox"/> Anomalies des cellules glandulaires</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> AGC endocervicales, endométriales ou sans autre précision <input type="checkbox"/> AGC en faveur d'une néoplasie : endocervicales ou sans autre précision <input type="checkbox"/> Adénocarcinome endocervical in situ <input type="checkbox"/> Adénocarcinome : endocol, endométrial, extra-utérin ou sans autre précision <p><input type="checkbox"/> Autres</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cellules endométriales chez une femme âgée de 40 ans ou plus.
<p>3. (PRECISIONS, NOTES ET RECOMMANDATIONS)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Préciser si l'examen est automatisé et si la recherche des HPV a été réalisée. <input type="checkbox"/> Notes et recommandations concises, formulées en termes de suggestions, et si possible accompagnées de références.

Tableau 1. COMPTE-RENDU CYTOLOGIQUE (classification Bethesda 2001) [9]

Dans 80-85 % des cas, les cancers du col de l'utérus sont des carcinomes épidermoïdes qui se développent à la jonction cylindro-malpighienne. Dans la plupart des autres cas, il s'agit d'adénocarcinomes [5, 11].

Dans l'histoire naturelle du carcinome épidermoïde du col utérin (figure 1), les néoplasies cervicales intraépithéliales (CIN) représentent une phase histologique précancéreuse. La grande majorité de ces lésions ont une évolution bénigne. On distingue en fonction du degré de la prolifération cellulaire atypique et de la désorganisation de l'architecture du tissu épithélial, les CIN 1, 2 ou 3. Les CIN 1 sont considérées comme une manifestation d'une infection à HPV productive. Les CIN 3 correspondent à de véritables carcinomes in situ. Les CIN 2 comme des lésions intermédiaires entre les CIN 1 et les CIN 3 et reflètent soit une infection HPV productive soit une lésion précancéreuse vraie [11, 12].

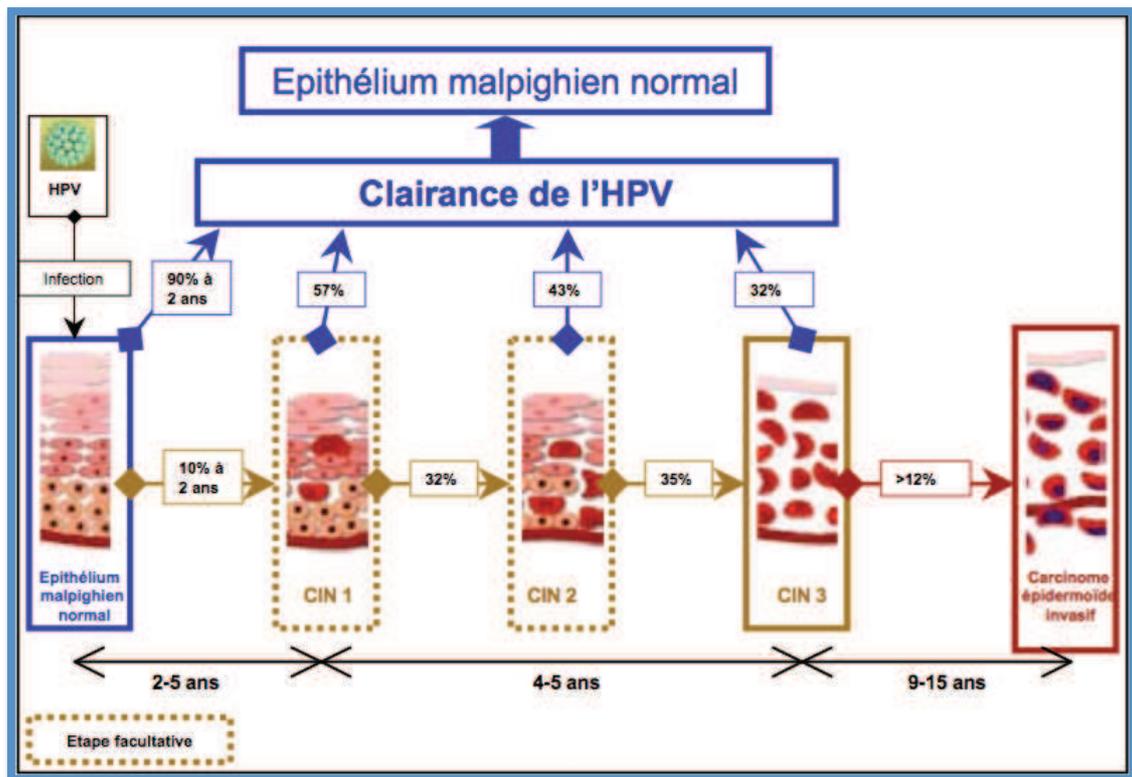


Figure 1. Histoire naturelle du carcinome épidermoïde du col de l'utérus [9]

La séquence longtemps proposée dans l'histoire naturelle des carcinomes épidermoïdes du col utérin est la suivante :

Métaplasie malpighienne → CIN 1 → CIN 2 → CIN 3 (ou carcinome in situ) → Cancer infiltrant [13].

L'adénocarcinome, en revanche, ne comporte qu'une seule lésion qui précède l'envahissement: l'adénocarcinome in situ. Cette lésion, déjà cancéreuse, fait également suite à la persistance de l'infection par un HPV à haut risque oncogène mais l'histoire naturelle est moins connue [5].

Pour chaque lésion cervicale précancéreuse, il existe une probabilité de régression vers un épithélium normal, accompagnant la clairance virale, et une probabilité de persistance ou de progression vers un stade plus avancé. La clairance virale est attestée par la non-détection de l'ADN viral par les tests actuellement disponibles. Les connaissances actuelles ne nous permettent cependant pas de dire avec certitude que le virus a complètement disparu ou qu'il est plutôt dans un état latent indétectable [9].

Cette « histoire naturelle » de la genèse des lésions cervicales a permis un dépistage des lésions précoces et une diminution très importante de la mortalité due au cancer du col dans les populations dépistées, grâce à des traitements précoces, mais peut-être parfois abusifs [13].

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) [7] recommandait en 2002 lors de la parution des recommandations sur la prise en charge des frottis pathologiques, la réalisation d'un frottis chez les femmes de 25 à 65 ans tous les trois ans, après deux frottis normaux effectués à un an d'intervalle. La HAS qui a repris les fonctions de l'ANAES ainsi que d'autres charges depuis le 12 août 2004 [14], propose aujourd'hui encore les mêmes recommandations.

A ce jour, il n'existe pas de programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en France. La pratique de dépistage individuel du cancer du col de l'utérus

est, en revanche, bien implantée : le taux global de couverture des femmes de 25-65 ans par le frottis cervico-utérin est estimé à 57,4 % sur la période 2005-2007 [3]. Toutefois, on constate que plus de 50 % des femmes ne sont pas ou sont trop peu souvent dépistées, qu'environ 40 % des femmes sont dépistées trop fréquemment, 10 % seulement des femmes bénéficiant d'un dépistage dans l'intervalle recommandé [6]. Des expérimentations de dépistage organisé sont actuellement en cours dans 13 départements. Elles associent des actions de prévention, d'éducation à la santé et de dépistage.

La démographie médicale est marquée par la décroissance plus forte du nombre de gynécologues que de généralistes [15]. De ce fait, les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous s'allongent et les distances pour se rendre chez le gynécologue sont parfois importantes. Par conséquent, le suivi gynécologique régulier des femmes sera fait majoritairement par le médecin traitant. Les gynécologues médicaux, moins nombreux à l'avenir [16], ne seront donc plus disponibles pour accueillir les pathologies plus complexes qui leur seront adressées.

Au cours de mon internat de médecine générale, j'ai constaté que le médecin généraliste a actuellement en charge le dépistage opportuniste du cancer du col de l'utérus. Même si ce n'est pas toujours lui même le réalisateur du frottis, il est responsable de la prise en charge des résultats du frottis (positifs ou négatifs) et du suivi régulier de ses patientes. Les pratiques sont souvent très variables d'un médecin à l'autre. Pendant mon stage en gynécologie, j'ai utilisé un outil qui m'a semblé très pratique dans la conduite à tenir devant une femme ayant un frottis pathologique : les recommandations de l'ANAES [7] publiées en 2002, qui s'adressent aux gynécologues ainsi qu'aux médecins généralistes. Le but des recommandations est de fournir une synthèse des données actuelles de la science et de l'opinion d'experts sur un thème de pratique clinique. Ainsi, elles aident à la décision en définissant ce qui est approprié, ce qui ne l'est pas ou plus, ce qui reste incertain ou controversé.

Je me suis posée la question de savoir quelle place avaient ces recommandations concernant la prise en charge des frottis pathologiques et quelle pouvait être leur utilité dans la pratique quotidienne des médecins généralistes. Etant donné l'accroissement constant des données publiées en médecine, il paraît très difficile pour chaque professionnel de santé, d'assimiler toutes les informations nouvelles apportées par la littérature scientifique et de se les approprier dans la pratique quotidienne. Les recommandations médicales constituent un atout pour le praticien de premier recours mais leur mise en œuvre pose des difficultés pratiques. Les recommandations sont considérées, par les médecins, comme complexes et difficiles à mémoriser. Elles demandent du temps et elles ne reflètent pas la réalité, en particulier la polypathologie ou le contexte social des patients [17, 18, 19].

Suite aux propositions récentes de la HAS datant du 15 novembre 2010 [6] pour la mise en place d'un dépistage du cancer du col de l'utérus national organisé, c'est le médecin généraliste à travers son rôle de médecin traitant qui coordonne le dépistage pour chacune de ses patientes. Il effectue la synthèse des informations transmises par les professionnels de santé concernés (dans le respect des obligations déontologiques et légales), incite à la participation au dépistage, prescrit un test de dépistage ou réalise lui-même le prélèvement, et s'assure de la bonne prise en charge en cas de test positif.

Que font les médecins généralistes devant une femme ayant un frottis pathologique ?

Mon hypothèse est la suivante : Bien que les médecins généralistes ne s'approprient pas forcément les recommandations de l'ANAES 2002, la prise en charge d'une femme avec un frottis anormal se conforme à celles-ci.

L'objectif de ma thèse consiste à aider les médecins généralistes qui en ressentent le besoin, à interpréter les résultats des frottis et à maîtriser la conduite à tenir recommandée dès qu'il est anormal en essayant d'élaborer un outil simple et clair pour la pratique quotidienne.

1. LES ANOMALIES CYTOLOGIQUES

Seront considérés comme anormaux les frottis ne correspondant pas aux critères stricts de la normalité qui se définit par la coexistence, sur un frottis représentatif, de cellules malpighiennes, glandulaires ou métaplasiques de morphologie normale, avec éventuellement une réaction inflammatoire qui ne gêne pas l'examen des cellules épithéliales, ou un aspect d'atrophie. L'aspect cytologique doit être en concordance avec le contexte clinique (âge de la patiente, contexte hormonal) [20].

Les frottis anormaux regroupent donc un large éventail lésionnel allant du frottis de cancer invasif au frottis de « signification indéterminée ». Le système Bethesda 2001 a introduit le terme des ASC (atypies cellulaires malpighiennes) qui se subdivisent à la catégorie ASC-US et ASC-H. Les ASC-US correspondent à des cellules malpighiennes atypiques de signification indéterminée, dont on ne sait si elles correspondent ou non à une lésion pré-néoplasique, alors que les ASC-H témoignent de la présence de cellules malpighiennes atypiques ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne de haut grade [10].

Sous le terme des lésions malpighiennes intra-épithéliales de bas grade (Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion = LSIL), il regroupe les condylomes et les dysplasies légères CIN1 qui ont les mêmes caractéristiques virologiques et évolutives. Les dysplasies moyennes et sévères, CIN 2/3, sont regroupées sous le terme de lésions malpighiennes intra-épithéliales de haut grade (High Grade Squamous Intraepithelial Lesion = HSIL) [10].

Les cellules glandulaires atypiques ou AGC (atypical glandular cells) regroupent l'ensemble des anomalies des cellules glandulaires ne correspondant pas clairement à un adénocarcinome in situ ou à un adénocarcinome invasif [10].

Le tableau 2 rappelle la correspondance entre les différentes classifications de la classification Papanicolaou jusqu'au système Bethesda 2001.

Papanicolaou	OMS	CIN (Richart)	Bethesda 2001
I	Normal		Absence d'anomalie épithéliale
II	Atypie		ASC-US
	Atypies cellulaires glandulaires		ASC-H
III	Dysplasie légère	Condylome	LSIL
		CIN 1	
	Dysplasie moyenne	CIN 2	HSIL
IV	Dysplasie sévère	CIN 3	
	CIS		
	AIS	CGIN	AIS
V	Carcinome invasif		

Tableau 2. Table de conversion des différents systèmes de classification cytologique [21]

2. LES RECOMMANDATION DE L'ANAES SUR LA CONDUITE DIAGNOSTIQUE DEVANT UN FROTTIS ANORMAL [7, 22, 23]

2.1. Conduite diagnostique en cas de frottis avec atypie des cellules malpighiennes (ASC)

Le système de Bethesda 2001 distingue parmi les atypies des cellules malpighiennes (ASC):

- les **ASC-H**, ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade. Un frottis ASC-H correspond dans 40 % des cas à une lésion histologique de type CIN 2, CIN 3 et exceptionnellement à un cancer invasif.

Une colposcopie est recommandée d'emblée en cas d'atypies des cellules malpighiennes ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (ASC-H).

- les **ASC-US**, de signification indéterminée. Un frottis ASC-US correspond seulement dans 5 à 10 % des cas à une lésion histologique de type CIN 2, CIN3 et exceptionnellement à un cancer invasif.

En cas d'atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée (ASC-US), 3 options sont possibles (figure 2):

- soit une colposcopie d'emblée ;
- soit un frottis de contrôle 6 mois plus tard : si sur le frottis de contrôle, les anomalies cytologiques ont disparu, une surveillance régulière est justifiée, nécessitant 2 frottis normaux à des intervalles de 12 mois, en raison du risque d'apparition secondaire d'un cancer. Si au cours de cette surveillance des anomalies cytologiques réapparaissent, une colposcopie est impérative;
- soit une recherche des HPV potentiellement oncogènes.

Depuis le 14 février 2004, le test HPV est remboursé par la Sécurité Sociale dans l'indication suivante : « frottis équivoque de signification indéterminée (ASC-US) ».

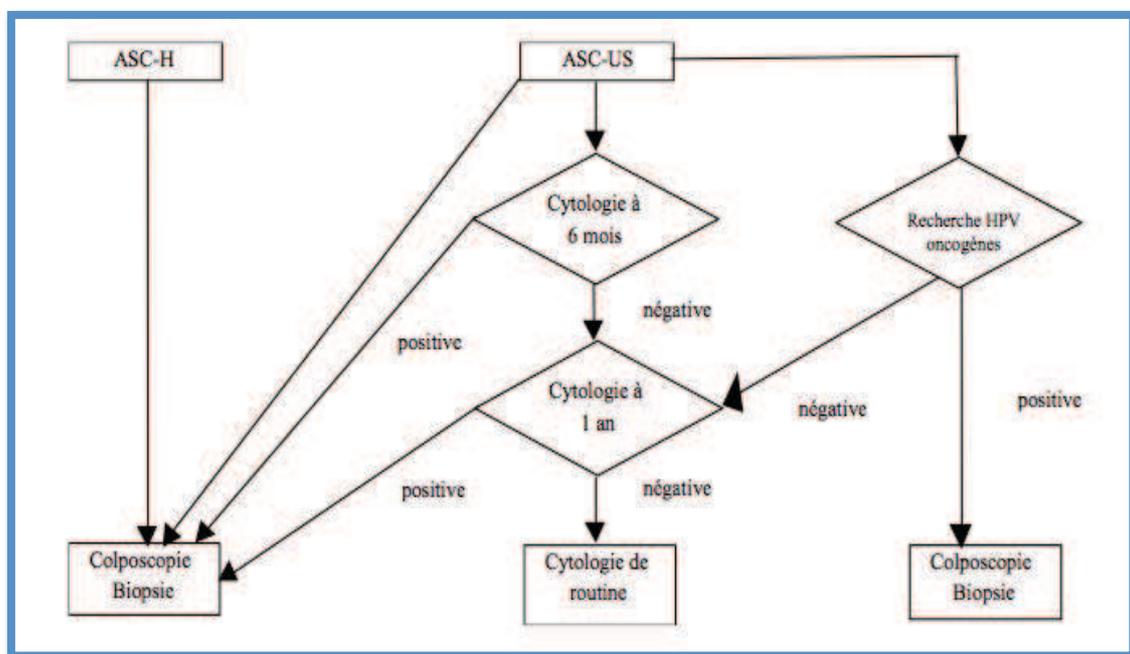


Figure 2. Conduite diagnostique en cas de frottis avec atypie des cellules malpighiennes (ASC) [7]

2.2. Conduite diagnostique en cas de frottis avec lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade (LSIL)

Selon le système de Bethesda 2001, les lésions malpighiennes intra-épithéliales de bas grade (LSIL) regroupent les modifications cellulaires correspondant à l'effet cytopathogène induit par les HPV (koilocytose) et les dysplasies légères du col utérin (CIN 1). Environ 2 % des frottis conventionnels aboutissent à un diagnostic de LSIL. Plus de la moitié de ces lésions régressent spontanément. Les autres persistent ou parfois progressent vers des lésions malpighiennes intra-épithéliales de haut grade (HSIL) et des cancers invasifs.

La recherche des HPV potentiellement oncogènes n'est pas recommandée en première intention dans la prise en charge des LSIL (figure 3), car le test est positif dans plus de 80 % de ces lésions. Les recommandations françaises précisent que face à un frottis LSIL deux options sont possibles :

- soit un frottis de contrôle à 6 mois. En cas d'anomalies cytologiques persistantes une colposcopie est nécessaire. Deux frottis successifs négatifs à 6 mois d'intervalle permettent alors de passer au suivi habituel.
- soit une colposcopie d'emblée. Au cas où la jonction est endocervicale, la prise en charge serait un curetage endocervical ou un test HPV, après préparation aux œstrogènes. La positivité de l'un ou l'autre de ces tests orienterait vers la conisation.

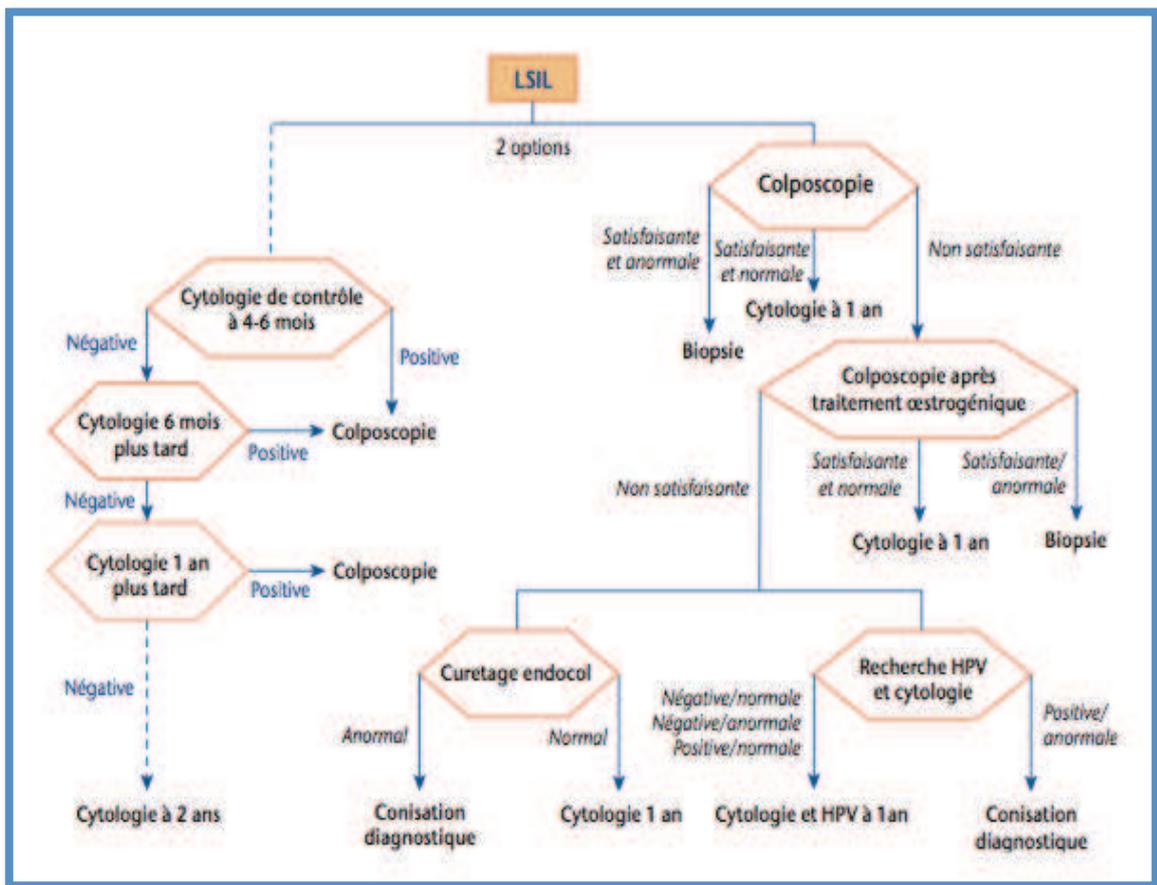


Figure 3. Conduite diagnostique devant un frottis avec des lésions malpighiennes intra-épithéliales de bas grade (LSIL) [24]

2.3. Conduite diagnostique en cas de frottis avec lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (HSIL)

Quand le frottis cervico-utérin comporte des lésions malpighiennes intra-épithéliales de haut grade, une colposcopie est nécessaire d'emblée. Refaire un second frottis est inutile et dangereux à cause du risque de méconnaître une lésion plus grave et de la laisser évoluer vers l'invasion. L'examen colposcopique permet de repérer les lésions et d'orienter les prélèvements qui doivent être de bonne qualité.

Lorsque la colposcopie ne permet pas d'observer l'intégralité des lésions cervicales, notamment vers le canal endocervical, elle est considérée comme non satisfaisante. Chez les patientes avec une cytologie de haut grade, une exérèse à visée diagnostique est indiquée.

2.4. Conduite diagnostique en cas de frottis avec anomalies des cellules glandulaires

Le système de Bethesda 2001 distingue parmi les anomalies des cellules glandulaires :

- les atypies des cellules glandulaires (endocervicales, endométriales ou sans autre précision) ;
- les atypies des cellules glandulaires ou endocervicales évoquant une néoplasie ;
- l'adénocarcinome endocervical in situ (AIS) ;
- les adénocarcinomes : endocervical, endométrial, extra-utérin ou d'origine non précisée ;
- les autres néoplasies malignes (à préciser sur le compte-rendu cytologique).

Le dépistage des formes précoces des adénocarcinomes du col utérin présente des difficultés à chaque étape jusqu'au diagnostic : le dépistage, par manque de sensibilité du frottis et la colposcopie, par manque de spécificité. L'examen histologique lui-même pêche par la faible sensibilité du curetage endocervical et l'interprétation parfois

difficile, y compris dans les pièces d'exérèse en cas d'adénocarcinome in situ très localisé.

Pour pallier ces difficultés, les recommandations professionnelles ont également évolué. Quelles que soient les anomalies des cellules glandulaires, une colposcopie avec biopsie dirigée et/ou curetage de l'endocol est recommandée. Si de plus les anomalies des cellules glandulaires sont de type endométrial, un contrôle histologique de l'endomètre est recommandé.

Si ces examens sont normaux, il est recommandé :

- de refaire un frottis à 6 mois, en cas d'atypies des cellules glandulaires (endocervicales, endométriales ou sans autre précision) ;
- de réaliser une conisation diagnostique associée à un curetage de l'endomètre, en cas d'anomalies cytologiques de type adénocarcinome in situ (AIS) ou adénocarcinome (endocervical, endométrial ou d'origine non précisée) ou suggérant une néoplasie.

La place de la recherche des HPV est insuffisamment documentée dans la prise en charge des atypies des cellules glandulaires.

METHODE

1. Le choix de la recherche qualitative

L'objectif de mon travail est d'étudier la prise en charge par les médecins généralistes des frottis de leurs patientes, dont le résultat est anormal. Etant donné que l'ANAES a publié en 2002 des recommandations cliniques sur la conduite à tenir devant un frottis anormal, je me suis demandée comment les médecins généralistes utilisaient ces recommandations et comment ils s'appropriaient ces recommandations dans leur pratique clinique. J'ai souhaité analyser chacune des étapes de cette prise en charge, de la réalisation du frottis à une éventuelle prise en charge spécialisée. Pour répondre à ces questions, une méthode par recherche qualitative m'a parue la plus adaptée.

En effet les méthodes d'analyse qualitative, issues des sciences humaines, ont accru la capacité des chercheurs à appréhender la complexité des comportements des acteurs du système de santé. Le but de la recherche qualitative est d'aider à comprendre les phénomènes dans leur contexte naturel [25]. Elle permet de répondre aux questions de type « pourquoi » ou « comment ».

De son côté, la recherche quantitative essaie aussi de répondre au « pourquoi » (par exemple : quels sont les facteurs de risque ?) quand il s'agit d'étudier un lien de causalité, mais d'une manière statistique. En revanche, la recherche qualitative s'intéresse particulièrement aux déterminants des comportements des acteurs (comprendre) plutôt qu'aux déterminants des maladies (compter) [26].

2. L'entretien comme technique de recueil des données

L'entretien est un processus interlocutoire et non pas simplement un prélèvement d'information. L'entretien est né de la nécessité d'établir un rapport suffisamment

égalitaire entre l'enquêteur et l'enquêté pour que ce dernier ne se sente pas contraint de donner des informations explicatives et plus approfondies (à l'inverse de l'interrogatoire). L'enquête par entretien est ainsi pertinente lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques [27]. L'entretien révèle la logique d'une action (ici de telle ou telle pratique médicale), son principe de fonctionnement. Concrètement, il permettra de comprendre ce qui prédispose les médecins généralistes à agir de telle ou telle manière.

3. Le choix de l'entretien semi-dirigé et le guide d'entretien

A l'inverse de l'entretien semi-dirigé, l'*entretien libre* convient pour des sujets dont on ne dispose pas de données préalables. L'information produite par l'entretien libre est par la suite très difficile à traiter, à catégoriser et à interpréter impliquant un risque important d'être hors sujet [28].

Les entretiens en *focus-group* (8 à 10 personnes rassemblés autour d'un sujet) ont l'avantage d'être interactifs et de susciter une dynamique de groupe intéressante, en amenant les différents intervenants à s'engager et à s'expliquer sur leurs choix [26]. Les participants échangent leurs opinions avec leurs pairs. Cet entretien collectif, modéré par un animateur neutre, est moins chronophage que l'entretien individuel. Néanmoins, les entretiens en *focus-group* peuvent provoquer des conflits parmi les participants, surtout quand on traite des sujets délicats comme la qualité des soins. Il y aurait probablement beaucoup de facteurs de résistance et de mécanismes de défense lors de la rencontre.

L'*entretien semi-dirigé ou semi-directif* s'emploie quand on dispose d'informations plus précises sur le sujet étudié et sur la façon dont il est perçu. Un guide d'entretien est nécessaire. Selon Blanchet et Gotman [27], le guide d'entretien est un premier travail de traduction des hypothèses, de recherche en indicateurs concrets et de reformulation des questions de recherche (pour soi) en questions d'enquête (pour les interviewés). L'élaboration de ce guide d'entretien nécessite une revue de la littérature de la part de

l'enquêteur. L'enquêteur doit d'abord tester lui-même le guide pour répondre aux questions posées afin de développer son propre avis sur le sujet traité. Le guide assure que toutes les questions de la recherche soient abordées. Il structure l'interrogation tout en laissant la liberté à la personne interviewée d'exprimer ses opinions. Avec l'aide du guide, l'enquêteur réussit à faire des relances adaptées aux propos de la personne interviewée au moment où elle les formule.

Une recherche bibliographique a été effectuée avant la conception du guide d'entretien, afin d'obtenir la théorie préalable pour mieux cerner le domaine étudié. Les mots-clés utilisés sur les différents moteurs de recherche « pubmed » (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>), « science direct » (<http://www.sciencedirect.com/science>) et « EM Premium » (<http://www.em-premium.com.ezproxy.unr-runn.fr>) ont été : *frottis cervico-utérin anormal, cancer du col de l'utérus, dépistage, suivi, médecine générale*, et pour les références anglaises : *abnormal pap smear, cervix cancer, screening, follow-up, general practice*.

Le guide d'entretien (annexe 2) de mon enquête comportait les thèmes suivants :

- Présentation du sujet et projet de thèse
- Données sociodémographiques des médecins
- Réalisation/prescription du frottis et notion du frottis anormal
- Dossier médical et place du compte-rendu cytologique dans le dossier médical
- Notion du système de Bethesda 2001
- Moyens d'informer la patiente sur le résultat du frottis
- Définition du frottis anormal par le médecin interrogé
- Connaissance des recommandations de l'ANAES 2002
- Conduite à tenir générale devant une femme avec un frottis anormal
- Notion du test HPV et conditions d'utilisation
- 3 cas cliniques sur la conduite à tenir devant un frottis avec des lésions ASC-US, LSIL et HSIL
- Explications données à la patiente sur la suite de la prise en charge

- Patientes « perdues de vue »
- Communication avec le confrère gynécologue
- Difficultés rencontrées lors de la prise en charge des femmes ayant un frottis anormal.

Afin de l'améliorer, mon guide d'entretien a été soumis à la critique de mon directeur de thèse ainsi qu'à celles de deux enseignants de Médecine Générale à la faculté de Rouen, le Docteur Jean-Paul Thueux et le Docteur Marie-Thérèse Thueux. Cela a permis de reformuler certaines questions afin de les rendre plus compréhensibles ainsi que d'ajouter des relances pertinentes.

4. Choix de l'échantillon

La définition de la population est incluse dans la définition même de l'objet. La population de l'étude est ainsi composée par des médecins généralistes. Le lieu de l'enquête est le Havre et son agglomération, qui inclut des milieux d'exercice urbains, semi-ruraux et ruraux.

Critères d'inclusion :

- Être Docteur en Médecine Générale
- Exercice de la médecine générale en libéral
- Être installé depuis au moins un an.
- Acceptation du médecin de participer à l'entretien

Critères d'exclusion :

- Refus d'y participer.

Dans l'enquête par entretien, on bâtit le plus souvent un *corpus* diversifié, qui repose sur la sélection de composantes non strictement représentatives mais caractéristiques de la population. La constitution du *corpus* diversifié résulte du compromis entre la nécessité de contraster au maximum les individus et les situations et, simultanément,

d'obtenir des unités d'analyse suffisantes pour être significatives [27]. Dans les études qualitatives, la diversification des personnes interrogées demeure un point primordial. En effet, regrouper des médecins généralistes avec des caractéristiques différentes nécessite la détermination des critères en rapport avec les hypothèses de l'étude. Quant à mon étude, les critères s'associent à l'âge, au milieu et au type d'exercice, à la formation en gynécologie et à l'implication à l'enseignement de la médecine générale.

Ainsi, pour mon échantillon, je devais m'entretenir avec au moins :

- un médecin par tranche d'âge : 35-44, 45-54, 55-64, > 65ans
- un médecin qui travaille en milieu urbain, un en milieu semi-rural et un en milieu rural
- un médecin qui exerce seul et un médecin qui travaille en cabinet de groupe
- un médecin qui est maître de stage et un qui ne l'est pas
- un médecin sans formation en gynécologie (pas de stage en gynécologie durant l'internat) et un médecin avec formation en gynécologie (par exemple un diplôme universitaire en gynécologie).

5. Le mode d'accès aux interviewés

Dans un premier temps, j'ai obtenu la liste des médecins généralistes du Havre et de son agglomération après avoir consulté l'annuaire des pages jaunes ainsi que le site électronique (www.pagesjaunes.fr). Ce mode d'accès direct (via une liste nominative ou un fichier existant) a l'avantage d'être neutre dans la mesure où il n'est pas médiatisé par la présence d'un tiers [27]. Ensuite, j'ai défini les différents quartiers de la ville du Havre et les communes de l'agglomération afin de choisir des médecins avec des patientèles différentes.

Suite à la proposition de mon directeur de thèse, le premier entretien a été effectué avec un médecin-enseignant à la faculté qui m'a aidée à tester mon guide d'entretien. Cet entretien a été finalement retenu pour la campagne des entretiens. J'ai continué les entretiens avec deux de mes anciens maîtres de stage.

À la fin du troisième entretien, j'ai sollicité le Dr. Le Roux, chef de service des Urgences Pédiatriques et président de la CME du Groupe Hospitalier du Havre, dans le but de connaître la tranche d'âge de médecins repérés sur ma liste initiale. Ce mode d'accès indirect passe par l'intermédiaire de tiers et est employé pour sa sélectivité lorsqu'on veut atteindre une population localisée sur des critères extérieurs à ce qui la constitue [27]. Mon objectif était de regrouper des médecins avec des caractéristiques variées, décrites ci-dessus, et non de ménager une recommandation auprès de ces médecins. Dans mon étude, le Dr. Le Roux représente un informateur-relais, c'est-à-dire une personne que l'on sait intégrée au cœur de réseaux sociaux plus vastes. Cependant, je n'ai pas mentionné son nom lors du contact avec les participants pour éviter un rapport d'obligation de leur part.

Les médecins généralistes ont été contactés au fur et à mesure de l'enquête. D'abord, un appel téléphonique a permis d'avoir leur accord afin de participer à l'enquête et de fixer un rendez-vous pour la réalisation de l'entretien. Le choix du lieu et de l'heure du rendez-vous a été décidé par les médecins généralistes, selon leurs disponibilités. Bien sûr, j'ai proposé systématiquement de me déplacer pour la réalisation de l'entretien. Le lieu choisi était souvent leur cabinet médical sauf dans le cas d'un médecin qui a préféré son domicile. Quant à l'heure de la rencontre, j'ai insisté seulement pour que le rendez-vous ait lieu soit avant la première consultation soit en fin de consultation, afin d'éviter la pression de la salle d'attente. Un seul médecin a été obligé de m'accueillir entre deux consultations par manque de temps. Lors de l'appel téléphonique, j'avais demandé aux participants de me consacrer une plage horaire de trente minutes.

Au début de chaque interview, j'ai sollicité l'accord des médecins pour les enregistrer. Personne n'a refusé. L'enregistrement a été effectué avec l'utilisation simultanée des deux appareils : un magnétophone Philips® Digital Pocket Memo 9600 series et un iPhone® 4S (application Dictaphone). J'ai assuré chaque médecin généraliste de l'anonymat de l'entretien.

Quatre médecins ont refusé de me rencontrer : trois m'ont expliqué, par l'intermédiaire de leur secrétaire, qu'ils étaient très occupés sur la période proposée pour l'entrevue et le quatrième m'a expliqué qu'il était en préretraite et que sa patientèle était composée de personnes âgées.

6. Taille de l'échantillon

Les critères de taille d'échantillon d'une enquête qualitative sont différents de ceux des recherches quantitatives. Une seule information donnée par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans des questionnaires. La redondance de l'information dans le recueil, en cours d'enquête, peut être un motif d'arrêt du recrutement de la population étudiée [25]. Pour une enquête qualitative dans le contexte d'une thèse, le nombre d'entretiens se situe en moyenne entre dix et vingt. Une fois que les interviews ne fournissent plus de nouvelles informations, l'enquête peut être considérée comme close.

Pour cela, j'ai retranscrit chaque interview dans les jours suivant leur réalisation, de manière manuelle dans des fichiers individuels au format Microsoft Word® 2008 sur un MacBook Pro®, sans recours à des logiciels de reconnaissance vocale. J'ai retranscrit intégralement les interviews sans reformulation ni correction des propos. Ce *verbatim* représente un long travail : environ sept heures par entretien. A partir du treizième entretien, j'ai retrouvé une répétition des idées des personnes interviewées, sans renouvellement des informations. J'ai alors relu à nouveau les entretiens déjà retranscrits et décidé de faire un nouvel entretien pour confirmer cette impression de saturation des données. Ce dernier entretien n'a rien apporté de nouveau. J'ai donc arrêté l'étude qui porte sur quatorze entretiens réalisés entre le 10/01/2012 et le 17/02/13.

La durée d'enregistrement variait de 10 minutes 45 secondes à 32 minutes 10 secondes avec une moyenne de 17 minutes et 51 secondes.

A la fin de la transcription des entretiens, j'ai contacté les deux laboratoires d'anatomo-cytopathologie de l'agglomération havraise afin d'éclaircir certains propos contradictoires des médecins généralistes rencontrés. J'ai mené une entrevue téléphonique avec le médecin anatomo-cytopathologiste du premier laboratoire ainsi qu'avec une technicienne du deuxième.

RESULTATS

Cette étude qualitative comporte 14 entrevues réalisées auprès des médecins généralistes de l'agglomération havraise. Les entretiens sont classés par ordre chronologique et chacun est nommé par une lettre alphabétique. Les énoncés propres aux interviewés sont cités de manière inchangée en italique et entre guillemets.

1. Données sociodémographiques des médecins

◆ Sexe :

J'ai décidé d'emblée d'obtenir un nombre égal de médecins de sexe masculin et féminin. Par conséquent, j'ai rencontré 7 hommes et 7 femmes.

◆ Âge :

L'âge moyen des médecins est de 50 ans (variant de 35 à 69 ans - tableau 3). Le médecin N ne m'a pas donné son âge et donc n'est pas inclus dans cette moyenne.

L'âge des hommes varie de 37 à 61 ans. L'âge moyen des hommes interrogés est de 51 ans. L'âge des femmes varie de 35 à 69 ans. L'âge moyen des femmes est de 49 ans (le médecin N ne m'a pas donné son âge et donc n'est pas inclus).

Sexe / Age	35 - 44	45 - 54	55 - 64	>65 ans
Homme	B, D	G, I	F, L, M	-
Femme	E, J, K	H	A	C

Tableau 3. Répartition des médecins interviewés par tranche d'âge.

◆ Milieu d'exercice

Onze médecins sur quatorze exercent en milieu urbain. Un médecin exerce en milieu semi-rural et définit ses patients comme « *des citadins qui vivent à la campagne (M)* ». Deux médecins femmes ont leur cabinet en milieu rural (tableau 4).

Milieu d'exercice	Urbain	Semi-Rural	Rural
Médecins	11	1	2

Tableau 4. Répartition des médecins interviewés selon leur milieu d'exercice

◆ Mode d'exercice

Douze médecins participant à l'enquête travaillent au sein d'une association. Quatre médecins sont associés avec leur conjoint. J'ai interrogé un couple, chacun séparément. Seulement 2 médecins exercent en cabinet particulier.

◆ Maîtres de stage

Cinq médecins sont des praticiens agréés maître de stage pour les internes en DES de Médecine Générale. Trois d'entre eux accueillent des internes en SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée).

◆ Formation

Quatre médecins généralistes ont effectué un stage dans un service de gynécologie pendant leur internat. Ces médecins sont les plus jeunes de l'enquête. Le stage en gynécologie fait partie de la maquette des résidents en Médecine générale depuis 1999. Deux médecins ont fait un stage en gynécologie pendant leur externat et le citent comme formation en gynécologie. Un médecin femme a obtenu le Diplôme Universitaire de Gynécologie à la faculté de Rouen.

Tous les médecins rencontrés se réfèrent à la formation médicale continue, soit en réalisant une Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) soit au sein des associations locales de formation continue.

Le médecin A travaille une demi-journée par semaine au Planning Familial. Deux médecins mentionnent leur expérience professionnelle dans des services de maternité : une femme comme infirmière pendant 4 ans et un homme comme faisant fonction d'interne. Un médecin est marié avec une gynécologue et il demande son avis en cas de problème.

Médecins	Sexe	Age	Milieu d'exercice	Mode d'exercice	Années d'installation	Maître de stage
A	F	57	rural	groupe	30	oui
B	H	42	urbain	groupe	10	oui
C	F	69	urbain	seul	15	oui
D	H	37	urbain	groupe	9	non
E	F	35	urbain	groupe	7	oui
F	H	58	urbain	groupe	30	non
G	H	52	urbain	groupe	23	non
H	F	52	urbain	groupe	25	non
J	F	51	urbain	groupe	-	non
I	H	43	urbain	groupe	13	non
K	F	39	urbain	groupe	6	non
L	H	57	urbain	groupe	27	oui
M	H	61	semi-rural	groupe	31	non
N	F	-	rural	seul	38	non

Tableau 5. Tableau récapitulatif des caractéristiques sociodémographiques des médecins interviewés.

2. La pratique du frottis cervico-utérin (FCU)

◆ La consultation d'orientation gynécologique en médecine générale

L'ensemble de la population étudiée a des patientes qui consultent pour des motifs de nature gynécologique. Selon le médecin C, les femmes consultent en priorité leur médecin généraliste « *qui est aux premières loges parce que le gynéco, il est pas disponible, il faudra 4 mois pour avoir un rendez-vous* ». Les médecins femmes ont plus de consultations gynécologique que leurs confrères hommes car « *les femmes préfèrent voir des femmes (F)* ». Les hommes associés à leurs épouses laissent plus la consultation gynécologique à ces dernières.

J'ai interviewé trois médecins qui ont « *la casquette de gynéco sur le cabinet (B)* », dont un médecin qui fait « *quasiment toute la gynéco de toute la ville (commune de l'agglomération) (J)* ». En revanche, le médecin L trouve que le suivi gynécologique peut être difficilement assuré par le médecin généraliste car « *il y a beaucoup de femmes qui sont suivies déjà par un gynéco* ».

◆ La réalisation du frottis cervico-utérin (FCU)

Onze médecins sur quatorze effectuent des frottis eux-mêmes. Globalement, trois types de patientes existent:

- a) celles suivies par leur médecin généraliste
- b) celles suivies par un gynécologue
- c) celles dont le frottis se fait au laboratoire.

Les raisons rapportées spontanément par les médecins pour les frottis réalisés au laboratoire sont : la pudeur (D, L), une relation médecin-patient proche et longue (L, N), l'âge jeune du médecin (K), le manque d'observance (K), le caractère intime de l'examen (N). Un médecin (G) adresse certaines patientes à son épouse qui est médecin

généraliste également. Cependant, deux médecins femmes (H, J) n'envoient jamais leurs patientes au laboratoire pour le FCU et « *elles ne posent jamais la question* ».

Les trois médecins portant la « *casquette de gynéco* » ont trois sortes de patientes : celles qu'ils suivent « *des pieds à la tête y compris la gynéco* », celles qu'ils suivent « *des pieds à la tête sauf la gynéco parce qu'elles ont leur gynéco* » et « *des patientes de mes confrères pour qui je ne fais que de la gynéco (J)* ». Le médecin J signale que « *on s'adapte à ce que veulent les femmes, le principal étant qu'elles soient suivies et que ce soit fait* ». Un des médecins exerçant en milieu rural mentionne que « *à la campagne si c'est pas moi, c'est le labo (N)* », faisant allusion à la pénurie des gynécologues.

Trois médecins (C, F, I) ne pratiquent pas de frottis mais ils adressent leurs patientes au laboratoire pour la réalisation du frottis. Il s'agit d'une femme de 69 ans sans formation gynécologique et de deux hommes âgés de plus de 50 ans formés essentiellement pendant des journées de formation continue. Tous les trois travaillent en milieu urbain. Le médecin C m'explique qu'il ne possède pas « *le matériel pour les faire* » et que « *dans un deuxième temps toute anomalie va leur permettre d'accéder plus vite au rendez-vous chez le gynéco* ».

◆ **La notion du résultat anormal lors de la réalisation du FCU**

Presque tous les médecins préviennent les patientes de la probabilité d'un frottis anormal. Au cours de la réalisation ou prescription du premier frottis, le médecin traitant explique son utilité en tant qu'examen de dépistage du cancer ainsi que le rythme de surveillance. « *C'est une surveillance systématisée, passée dans les habitudes, comme on fait le cholestérol, comme on prend la tension* », selon le médecin A. Lors du suivi régulier, le sujet est plutôt abordé indirectement en informant la patiente qu'elle sera contactée en cas de frottis pathologique.

Néanmoins, trois médecins n'informent pas leurs patientes. Le médecin L n'en discute pas, par peur de les inquiéter. « *Est-ce que c'est la peine de les inquiéter ?* »

3. Le dossier médical

◆ Type du dossier

La totalité des médecins interrogés est en possession d'un ordinateur. Douze médecins sur quatorze ont un dossier médical informatisé ; un seul (M) a un dossier papier en plus du dossier informatique, pour chaque patient. L'année prochaine, cependant, il va exercer dans une maison pluridisciplinaire où ils ont le projet de « *zéro papier, notamment du scanning* ». Seulement le couple de deux médecins interviewés (G et H) garde un dossier papier avec des fiches bristol.

◆ Alarmes

De nombreux logiciels informatiques médicaux offrent la possibilité à l'utilisateur de mettre des alarmes sur la périodicité des dépistages, des vaccins et des examens complémentaires. De plus, le médecin a la liberté de créer des alarmes individuelles liées aux pathologies de chaque patient.

Puisque je n'ai pas posé la question au couple des médecins qui n'a pas de dossier informatisé, la population étudiée sur ce thème ne comprend que 12 médecins. Huit médecins sur douze ont des alarmes sur leur logiciel médical. Toutefois, seulement trois des médecins interviewés s'en servent (B, K et N). Ils s'y réfèrent spontanément en parlant des « *voyants qui s'allument* », de « *système de rappel* » ou de « *système d'alarme dans l'ordinateur pour me rappeler, pour marquer la date du dernier [frottis] et le prochain à faire* ». Quant aux médecins qui n'ont pas ou n'utilisent pas les alarmes, deux médecins (C et D) expliquent aux patientes « *verbalement* » le cycle de la réalisation des frottis, tous les 2-3 ans car « *ça permet aussi de canaliser le patient* ». A

l'inverse, le médecin J est déçu de l'absence d'alarmes sur son nouveau logiciel. Il avoue que « *s'il y en avait à nouveau, je m'en servirai* ».

◆ **Facilité d'accès aux informations du dossier**

Quasiment tous les médecins rencontrés peuvent identifier facilement sur leur dossier, informatique ou papier, la date et le résultat du dernier frottis cervico-utérin pour une patiente déterminée. Pour le médecin J « *c'est pas si simple que ça* » car il est obligé de « *remonter consultation par consultation depuis qu'ils ont fait la mise à jour* ». En ce qui concerne la validité des données, soit le résultat du frottis est scanné et intégré dans le dossier des examens complémentaires, soit les renseignements sont saisis par les médecins eux-mêmes lors de la consultation de la patiente.

◆ **Dossier à jour**

Le statut vis-à-vis du frottis cervico-utérin est renseigné dans les dossiers de tous les médecins de l'enquête. Le médecin D insiste sur le fait qu'il questionne « *toujours* » ses patientes sur le frottis comme le médecin B qui leur demande leur frottis « *à chaque fois dans la consultation* ». Le médecin J compare son interrogatoire face à la patiente comme à celui d' « *un flic* ». Le dossier médical d'une patiente suivie par son médecin généraliste au plan gynécologique est plus complet que celui d'une femme suivie exclusivement par un gynécologue. Le médecin A m'explique que « *Je ne suis peut-être pas aussi intrusive sur le suivi gynéco à partir du moment où c'est pas moi qui en suis responsable, si je reçois pas le double, qu'il n'y a pas de demande gynécologique* ».

Le médecin M répond que « *c'est quelque chose où j'essaie d'être bon* ». Toutefois, les faits l'ont démenti. Il fait un parallèle avec le dépistage du cancer du sein: « *Je suis persuadé d'être excellent en matière de mammographie et quand on voit les chiffres de l'Assurance maladie, je me trouve mauvais. Parce qu'il y a tous ceux qui nous échappent. C'est vrai que quand une femme vient nous voir pour une bronchite, je ne vais pas lui poser systématiquement : "Et votre dernier frottis, c'était quand ?".* »

Contrairement à lui, le médecin N se soucie des actes de prévention à chaque opportunité : « *Je la rappelle à l'ordre [pour le frottis], quand je la vois pour une rhino* ».

Le médecin E signale la difficulté du suivi entre les femmes qui consultent annuellement pour le renouvellement de leur contraception et les femmes en post-ménopause. Mais pour ces dernières, « *comme il y a d'autres maladies intercurrentes ou des mammographies à surveiller, on doit leur rappeler qu'il est temps de le faire* ».

4. Le compte-rendu cytologique et le test HPV

◆ L'élément principal du compte-rendu cytologique

Concernant l'élément le plus important du compte-rendu cytologique, les avis sont partagés. D'une part, six médecins (A, B, J, K, L, M) regardent en première intention la qualité du frottis : « *s'il y a des cellules [de l'] endocol ou pas* », « *si le frottis, au niveau de la technicité, est bien ou pas* », « *la présence des cellules endocanaliaires* » ou « *endocervicales* ». Le médecin M résume en une seule phrase : « *Je regarde d'abord si j'ai bien fait le frottis, s'il y a bien des cellules endocanaliaires, donc si la technique a été bonne* ». Ces médecins regardent la présence des anomalies en deuxième intention. D'autre part, six médecins (D, E, F, G, I, N) regardent d'abord « *la conclusion* », le « *résultat* », « *déjà si la cytologie est normale* ».

L'ensemble du texte n'intéresse que deux médecins, comme le médecin H qui insiste sur le fait qu'il regarde « *tout* ». Dans le même contexte, le médecin C signale qu'avec la patiente « *on lit le compte-rendu ensemble et on parle des anomalies* ». Tous les médecins interviewés cherchent la présence des éventuelles anomalies type ASC-US ou CIN.

Nombreux sont les médecins à avouer spontanément qu'ils ne lisent que la conclusion en cas de frottis normal. En revanche, si le frottis est pathologique, ils lisent la totalité

du texte. Étant donné que le format du compte-rendu cytologique du frottis est « stéréotypé », « *c'est très facile de les lire en diagonale (G)* ». Dans le même esprit, le médecin K, prêtant toujours attention à la présence des cellules endocervicales, fait aussi partie de ce groupe et m'explique : « *Je regarde s'il y pas trop de lignes. S'il y a beaucoup de lignes, je lis dans le détail en fait.* »

◆ La notion de la qualité du frottis

Malgré l'absence de question directe sur la qualité du frottis, ce thème est abordé car certains médecins en parlent spontanément lors des entretiens. Par exemple, le médecin C y fait référence : « *c'est marqué sur le compte-rendu, frottis interprétable selon...* ». Bien sûr, tous les médecins qui s'intéressent à la présence des cellules endocanalaire, font clairement allusion à la qualité du prélèvement. Le médecin A cite : « *c'est comme ça que j'identifie si je suis contente de mon frottis ou pas* ». L'absence de cellules endocanalaire oblige les médecins A et J à refaire un frottis dans l'immédiat ou dans 6-12 mois. Le médecin J raconte une anecdote sur une patiente qui a eu une conisation suite à une cytologie anormale, lors du contrôle d'un premier frottis non interprétable. Le médecin A est en désaccord avec le laboratoire qui juge interprétable un frottis alors qu'il manque des cellules de l'endocol.

◆ La classification cytologique Bethesda 2001

Neuf médecins parmi les quatorze prêtent attention au système de la classification. Cinq d'entre eux répètent le mot Bethesda en expliquant que « *de toute façon il y a que la classification Bethesda qui est validée maintenant* ». Plusieurs médecins se réfèrent à l'ASC-US ou au CIN quand j'ai abordé le sujet. Une fois que la question se précise sur le système Bethesda, ils acquiescent. Un médecin affirme qu'il regarde le système de la classification mais il l'appelle « *Betsela* ». Quatre médecins ne s'intéressent pas à la classification même si le médecin E cite : « *Je sais qu'ils me le classifient que selon ce [système], mais je fais pas forcément attention* ». Pour le médecin J, « *il n'y a pas de*

classification sur mes cytos ». Lors de notre entrevue, il me signale que « *c'est du Papanicolaou qu'ils font ici* ».

◆ **La réception des résultats**

Puisque le frottis peut être pratiqué par plusieurs professionnels de santé (médecin généraliste, gynécologue, technicien du laboratoire, sage-femme, hôpital, PMI), la réception de tous les résultats n'est pas toujours effective auprès du médecin traitant. Le réalisateur du frottis doit cocher la case : « prévenir le médecin traitant » sur la fiche de renseignements accompagnant le prélèvement. Le laboratoire d'anatomo-pathologie est censé envoyer les résultats aux médecins traitants.

Globalement, les médecins interrogés ne sont pas satisfaits du retour des résultats de leurs patientes. Pour certains, les gynécologues ne remplissent pas la case concernant le médecin traitant sur le bon de la demande. Pour d'autres, le laboratoire n'adresse pas systématiquement les résultats des frottis aux médecins traitants. « *Ça dépend des pratiques des autres (A)* ». Ils remarquent qu'ils ne reçoivent jamais les résultats des frottis effectués à l'hôpital ou à la PMI. Le médecin N reçoit automatiquement les comptes-rendus « *sauf quand c'est des malades qui m'ont pas déclaré comme médecin traitant* ».

Quant au pourcentage du retour des résultats, deux médecins sont d'accord : le médecin B « *reçoit le compte-rendu à 80 %, même si c'est pas lui qui a fait l'examen* » et le médecin G : « *J'en ai quand même bien 20 % où j'arrive pas à avoir les résultats si je les demande pas* ». Néanmoins, le médecin L n'a pas « *de moyens de savoir ça* ». Dans les cas où le résultat n'est pas adressé au médecin traitant, ce dernier le demande au laboratoire ou à la patiente. « *Simplement, chez les jeunes femmes, on a quand même des gros blancs, parfois 5 ans sans les voir. Elles sont pas souvent malades (G).* »

◆ Le test HPV

L'ensemble de la population étudiée connaît le test HPV. Le médecin A remarque l'amélioration de la prise en charge des frottis ASC-US depuis l'introduction du test HPV : « *Avant c'était peut-être plus artisanal, on avait moins de moyens. On est devenu plus pointu avec le typage, c'est-à-dire qu'on a quelque chose qui est plus précis, qui est standardisé* ». Trois médecins précisent que la recherche d'HPV est effectuée « *pour les patientes qui ont un ASC-US, uniquement (A)* ». Deux médecins ne considèrent pas le typage réservé aux frottis ASC-US : « *quand il y a un SIL, quand il y a un ASC-US (H)* » et « *souvent quand il y a des ASC-US, pour d'autres anomalies (K)* ». Pour les médecins restants, le laboratoire le fait « *dès qu'il y a la moindre anomalie (B)* », « *quand il y a une anomalie un peu plus importante (C)* », « *quand il y a eu des anomalies dans le passé (F)* », « *quand il y a un frottis anormal (M)* ».

Au Havre, les laboratoires de cytologie ont sollicité les médecins par courrier afin que ces derniers leur accordent la recherche d'HPV en cas d'indication. Pour cela, la majorité des médecins affirme que le typage se fait automatiquement : « *moi, j'avais choisi que ça soit automatique (G)* », « *c'est le labo qui gère (N)* », « *généralement c'est typé direct sans qu'on ait besoin de le demander (J)* ». Le médecin D prône cette décision : « *On fait ça pour économiser des consultations, ça évite que les personnes reviennent. On améliore la prise en charge, on diminue le coût et on perd moins de temps.* » En revanche, le médecin H pense que les laboratoires abusent quand ils répètent l'examen chez des personnes connues pour avoir un HPV. Quatre médecins continuent à demander la recherche d'HPV au cas par cas, « *c'est moi qui vais le demander* », « *il y a une case où on coche : "Est-ce que vous souhaitez, en cas d'anomalie, un typage ?" (M)* ». Mais parfois les médecins rencontrent des cas où les laboratoires effectuent le test HPV en l'absence de leur demande : « *il y a bizarrement des laboratoires qui le font, s'il y a une anomalie certains labos ressortent le typage et d'autres non (F)* ».

5. L'information de la patiente

Si la cytologie est normale, la plupart de médecins interviewés ne contactent pas la patiente. « *Si le frottis est normal, je ne l'informe pas (I).* » Parfois, ils appellent des patientes « *très inquiètes* » ou dont les frottis antérieurs étaient pathologiques. La patiente est prévenue de la communication ultérieure des résultats lors de la première consultation. « *Je leur dis systématiquement que je les appelle s'il y a un souci dans les 10-15 jours. Si elles n'ont pas de mes nouvelles, en général, c'est que tout va bien* », m'explique le médecin E.

En cas de frottis pathologique, tous les médecins communiquent le résultat à la patiente de diverses façons. La plupart des médecins téléphonent et convoquent la patiente en consultation pour la transmission des résultats. Certains donnent des explications par téléphone. Le médecin L envoie à la patiente le double du compte-rendu cytologique ainsi qu'un courrier explicatif pour la suite de la prise en charge. Le médecin D mentionne que « *j'ai pas eu besoin de rappeler les patientes parce que je les vois quand même assez régulièrement* ». Le médecin J convoque toute patiente en consultation : « *Si c'est anormal, dans le temps je les rappelais, honnêtement ça les collait en panique. C'est pour ça que maintenant je les revois toutes systématiquement entre 15 jours et 3 mois.* »

A la question si les patientes reçoivent le compte-rendu cytologique, j'ai obtenu onze réponses négatives. Des exceptions existent puisque « *c'est très laboratoire dépendant (J)* ». De l'autre côté, un des trois médecins qui proposent aux patientes de récupérer leurs propres résultats, mentionne que « *c'est un scandale que ça soit pas généralisé (A)* ».

6. Les pratiques devant un frottis anormal

◆ La définition du frottis anormal

Devant la question ouverte : « Qu'est-ce qu'un frottis anormal pour vous ? », plusieurs réponses ont été données. Elles sont classées par ordre de fréquence décroissante :

- « *C'est pas marqué : cytologie normale* » ou « *C'est quand le cytologiste me dit que c'est anormal* » (D, E, F, G, I)
- « *À partir du moment où on doit le refaire* » (A, H)
- « *Dès que je vais avoir des cellules atypiques/anormales* » (B, K)
- « *C'est un frottis qui premièrement ne présente pas de cellules endocanalaire* » (J)
- « *Quand il y a un ASC-US et des lésions CIN* » (L)
- « *Je mets la barre très basse : dès que j'ai un élément d'inquiétude* » (M)
- « *Quand il y a des cellules pathogènes ou un papillomavirus qui m'inquiète* » (N)

Par ailleurs, les médecins rencontrés considèrent un frottis étant anormal quand il présente une mycose, une infection ou une inflammation.

◆ La conduite à tenir générale devant un frottis anormal

Le type d'anomalies du frottis est le facteur déterminant dans la conduite à tenir des médecins interrogés. « *Ça dépend de ce que c'est comme frottis (H)* ». Quasiment tous expliquent en détail leur « *arbre décisionnel* ». Aucune unanimité n'existe sur la conduite à tenir mais cette dernière peut se résumer à la phrase suivante : « *soit c'est un frottis anormal à reconstrôler et on reconstrôle au bout de 6 mois, soit c'est un frottis anormal à biopsier et je l'envoie chez un confrère chirurgien (J)* ».

Les lésions qui conduisent à un contrôle ultérieur du frottis diffèrent parmi les médecins de l'enquête : « *ASC-US* », « *CIN 1* », « *cytologie réactionnelle* », « *HPV* », « *dysplasie* ».

I avec une présence de papillomavirus bas risque », « condylome ». Le test HPV ainsi que le typage sont incorporés à la pratique quotidienne des médecins. Ces examens les aident à la prise en charge. D'ailleurs, les lésions qui obligent les médecins généralistes à adresser la patiente au spécialiste, sont : « un bas grade et un haut grade », « dysplasie 1 avec haut risque », « dysplasie 2 ou 3 », « CIN 3-4 », « suspicion de malignité », « carcinome », « un aspect au spéculum que j'ai pas trop aimé », « cellules métaplasiques », « un CIN », « un très haut oncogène ».

Alors que le médecin C estime que *« il y a un pourcentage très faible de persistance d'anomalies qui nécessitent un avis gynéco et éventuellement une biopsie voire une conisation »*, d'autres médecins ont l'attitude d'adresser facilement la patiente au gynécologue.

À part les lésions du frottis cervico-utérin, des facteurs liés à la patiente peuvent influencer les pratiques professionnelles : *« si je connais très bien la patiente » ou « depuis longtemps », « si elle est compliante », « si elle est pas trop sérieuse », « si on arrive à la convaincre, à être suffisamment rassurant »*. Quand les médecins mettent en doute l'observance ou la réassurance de la patiente, ils décident de l'adresser à leur confrère. Néanmoins, quelques médecins ont *« toujours plus ou moins, la même attitude (E) »* vis-à-vis d'un frottis pathologique. Par exemple, le médecin I *« ne tient pas compte de la patiente »*.

◆ La base théorique des pratiques professionnelles

Cette question n'était pas bien comprise par les interviewés. Maintes fois, j'ai été obligée de la reformuler ou de donner des exemples afin d'obtenir des réponses adaptées. Les pratiques professionnelles sont principalement fondées sur la formation médicale continue. *« Des formations, j'en ai un listing énorme (N). », « On se forme, on reste pas sur des vieux acquis (J). », « [On se forme] grâce à la formation médicale continue, aux EPP –Évaluations des Pratiques Professionnelles (D). »*

L'expérience professionnelle joue aussi un rôle important sur les décisions de la prise en charge : « *l'expérience médicale au fur et à mesure avec les courriers des correspondants, on voit le retour (K)* », « *quand on lit des frottis (C)* », « *rendez-vous avec les collègues (J)* ». Le médecin D se reporte à « *l'empirisme* », c'est-à-dire « *les expériences avec les patientes, les expériences des jeunes patientes qui ont eu des lésions précancéreuses avec biopsie, voire conisation* ».

Ensuite, les médecins rencontrés font allusion à la « *littérature* », à la documentation, aux « *recommandations* », à « *ce que je lis à droite à gauche* », à la « *Haute Autorité de santé* ». Le médecin B est le seul à se référer à sa fiche des recommandations d'ANAES 2002, donnée par un anatomo-cytopathologiste lors d'une formation. La formation durant les études médicales est rarement abordée car les connaissances médicales ont progressé, « *il a fallu faire évoluer les techniques (J)* ». Par contre, le médecin K fait référence à son Diplôme Universitaire de Gynécologie. Le médecin A met en parallèle « *l'enseignement que je fais à la fac* » et « *la manière de travailler à l'hôpital dans lequel je m'impreigne de ce que je lis* ». Pour finir, la « *formation continue* » du médecin L est particulière puisqu'il demande des avis à son épouse gynécologue en cas de doute.

◆ **Les recommandations de l'ANAES en 2002 sur la conduite diagnostique devant un frottis anormal**

Neuf médecins sur quatorze affirment connaître les dernières recommandations publiées par l'ANAES en 2002. Or, plusieurs médecins précisent qu'ils ne se les approprient pas complètement : « *je ne peux pas vous les répéter par cœur (K)* », « *je devrais pas trop être perdue (J)* ». Le médecin D rapporte que : « *pour le dernier EPP, on en a sorti d'autres recommandations plutôt du Collège de Gynécologie qui étaient un peu plus d'actualité sur notamment les atypies cellulaires par rapport à l'ANAES* ». Le médecin J ne suit pas toujours les recommandations à la lettre : « *je les connais mais ça ne veut pas dire que je fais toujours comme c'est dit qu'il faut faire* ».

Cinq médecins sur quatorze ne connaissent pas les recommandations. « *Je connais pas mes sources* » me dit le médecin A et il ajoute « *il faut que tu aies eu plusieurs sources et tu recoupes tes informations comme un enquêteur* ». Le médecin G a la notion de leur existence puisque il me signale : « *mais je sais où ça se trouve dans mon carton gynéco* ».

7. Les cas cliniques

◆ Femme de 40 ans, sans antécédent, avec des lésions ASC-US au frottis

Les pratiques devant un ASC-US sont différentes chez les médecins participant à l'enquête (tableau 6). Un médecin sur deux effectue un frottis de contrôle à distance, environ six mois plus tard. Quatre médecins adressent la patiente au spécialiste pour un contrôle colposcopique.

Six médecins abordent spontanément le sujet du typage. Les médecins A et J font soit un typage soit un contrôle du frottis à 6 mois, devant un ASC-US. Le médecin D contrôle de nouveau le frottis à distance et rajoute un typage dans ce cas-là. Les trois autres interviewés détaillent encore plus leur conduite à tenir: selon le médecin B, « *si le HPV est négatif, on refait à un an. Si le HPV est positif, je l'envoie directement voir le gynéco pour qu'il lui fasse une colposcopie avec des biopsies* », le médecin E a une attitude similaire mais il ne précise pas le délai du contrôle et le médecin K contrôle le frottis 6 mois plus tard en cas d'absence d'HPV.

ASC-US	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
FCU de contrôle	x 6m*			x -			x 6m	x 6m		x 6m		x 6m		x 6m
typage	x	x		x	x					x	x			
colposcopie			x			x			x				x	

Tableau 6. Conduite à tenir des médecins interrogés devant des lésions ASC-US au frottis.

* 6m=6mois

Par ailleurs, deux médecins prescrivent des ovules de Colposeptine® aux femmes ayant des frottis ASC-US avant un nouvel examen de contrôle à 6 mois d'intervalle. Le médecin E mentionne : *« je désinfecte avec de la Colposeptine® parce que commercialement c'est très mauvais de rien donner. Et je leur dis qu'on fait un contrôle à 6 mois ».*

◆ Femme de 40 ans, sans antécédent, avec des lésions de bas grade (LSIL) au frottis

Huit médecins sur quatorze surveillent les femmes avec des lésions de bas grade au frottis (tableau 7). Cinq d'entre eux contrôlent le résultat avec un nouveau prélèvement dans 6 mois, le médecin G contrôle à 3 mois alors que le médecin K contrôle dans 1 an. Le médecin C s'assure d'abord de l'absence de risque d'HPV avant de prescrire un frottis de contrôle dans quelques mois. Les autres six médecins adressent la patiente au gynécologue pour une colposcopie.

LSIL	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
FCU de contrôle		x 6m*	x qqm**		x 6m		x 3m¶	x 6m		x 6m	x 1an			x 6m
colposcopie	x			x		x			x			x	x	

Tableau 7. Conduite à tenir des médecins interrogés devant des lésions LSIL au frottis.

*6m= 6mois, **qqm= quelques mois, ¶ 3m=3mois.

◆ **Femme de 40 ans, sans antécédent, dont le frottis montre des lésions de haut grade (HSIL) au frottis**

Devant un frottis avec des lésions de haut grade (tableau 8), une colposcopie réalisée par un gynécologue fait la quasi-unanimité parmi les médecins interrogés à la seule exception du médecin D. Ce dernier fait un frottis de contrôle et en cas de persistance des lésions, la patiente est adressée au gynécologue pour une éventuelle conisation.

HSIL	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
FCU de contrôle				x										
colposcopie	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Tableau 8. Conduite à tenir des médecins interrogés devant des lésions HSIL au frottis.

8. La suite de la prise en charge

◆ Les explications

Les résultats du frottis ainsi que les éventuels examens par le gynécologue sont expliqués aux femmes sans difficultés importantes de la part du médecin généraliste. Les termes médicaux sur le compte-rendu cytologique ne sont pas facilement compris par les femmes, surtout les ASC-US. Le frottis n'est pas clairement perçu comme un examen de dépistage mais parfois comme un examen qui établit le diagnostic. « *La difficulté, c'est toujours de faire comprendre surtout lors d'ASC-US, que le frottis n'est qu'un examen de débrouillage et qu'on ne va pas forcément dire que c'est un cancer et opérer tout de suite sur un frottis (E)* ». Les explications sont liées au « *niveau de compréhension des gens* » car « *il y en a qui n'ont pas la capacité à comprendre tout* ». Pour cela, le médecin A n'emploie pas de jargon médical : « *je pratique pas trop la langue de bois et ça se passe bien* ». Leur expérience professionnelle aide à mieux entreprendre la prise en charge.

Les interviewés me parlent du suivi nécessaire en rapport avec le degré de gravité des lésions du frottis : « *Quand c'est un problème léger, je peux leur expliquer sans trop de risques qu'on va d'abord les surveiller avant de faire quelque chose. Quand c'est à haut risque ou qu'il y a déjà des cellules anormales, je leur dis que la conisation va peut-être arriver (F)* ».

En revanche, d'autres n'anticipent pas beaucoup concernant les examens ou actes invasifs. « *Est-ce que c'est la peine de parler de conisation alors qu'on est pas sûr qu'il y en aura une ?* » se demande le médecin L. Dans le même esprit, le médecin C raconte une expérience personnelle qui lui a appris à être « *un peu rassurant au départ et attendre les résultats* ». « *L'anxiété* » des patientes doit être prise en compte au moment où on annonce des résultats ou on prévoit des examens comme des biopsies car « *il y en a qui veulent pas savoir (B)* ». D'ailleurs, les médecins interrogés insistent sur les

explications vis-à-vis des femmes car ça améliore l'observance : « *quand on lui dit qu'il y a des examens complémentaires, elle est compliant, elle s'y prête (I)* ».

◆ **Les difficultés du suivi**

Les obstacles du suivi sont principalement liés aux traits de la patiente. D'un côté, on retrouve les femmes « *laxistes* », non compliantes. Les raisons du manque d'observance se résument à : la peur, l'angoisse, l'incompréhension, l'ignorance des risques. « *On est parfois obligé de leur foutre la trouille pour rien (J)* ». De l'autre côté, des femmes paniquent devant l'annonce du résultat et sont demandeuses de soins, des frottis en l'occurrence. « *Le plus difficile, c'est de dédramatiser finalement (F)*. »

Les patientes « perdues de vue » sont un des problèmes principaux du suivi du cancer du col utérin. S'ajoutent aussi les patientes qui ne respectent pas les délais recommandés pour les prochains examens de contrôle. D'ailleurs, suivre les patientes chroniques représente un défi pour les médecins de l'enquête : « *maintenir ton intérêt à toi, rester sur le coup et maintenir l'observance de la patiente sur un problème chronique* ». Les interviewés abordent également la difficulté de l'annonce du diagnostic tout en gardant de l'empathie pour la femme assise en face. Devant un frottis fortement pathologique, le médecin B vérifie toujours les prélèvements antérieurs par peur d'être passé à côté d'une lésion suspecte.

La pénurie des gynécologues oblige les médecins à faire du « *forcing* » auprès de secrétaires ou de téléphoner sur le portable personnel de leur confrère afin d'obtenir un rendez-vous rapidement. Un médecin expose ses inquiétudes sur la présence excessive des ASC-US diagnostiqués par les différents laboratoires : « *Je pense qu'on doit "surfrotter" (A)* ». Non seulement des « *intérêts économiques* » sont impliqués mais aussi des « *responsabilités médico-légales* » conduisent au surdiagnostic des anomalies cytologiques.

Quatre médecins parmi les quatorze interviewés ne rencontrent aucune difficulté concernant le suivi des femmes ayant un frottis pathologique. Le médecin D attache le bon fonctionnement à son réseau bien organisé entre le laboratoire et des gynécologues compétents. « *Le fait même d'avoir un réseau annule toute difficulté. C'est le passeport (D).* »

◆ **Le retour de la patiente après la consultation spécialisée**

Les médecins généralistes revoient rarement les patientes adressées au gynécologue. En tant que médecin traitant, ils ont l'occasion de revoir les femmes lors des consultations pour des motifs variables. Les femmes demandent l'avis de leur médecin ainsi que des explications. « *Ça permet de réexpliquer parce que certaines n'ont rien compris (D)* ». Cependant, les interviewés pensent que les spécialistes sont suffisamment « *explicités* ». Selon le médecin K, « *ce n'est pas une question de mauvaises explications ou de dialogue avec le gynéco, je trouve que c'est une question de confiance* ». Les femmes ont envie de savoir « *si l'attitude thérapeutique convient bien, ce que j'en pense (E)* ». Le médecin M ressent ce besoin des femmes d'en discuter mais « *le seul problème à l'heure actuelle est d'avoir le temps* » dit-il, faisant allusion à son emploi du temps chargé.

9. La relation avec le spécialiste

◆ **La communication avec le gynécologue**

Huit médecins ne sont pas satisfaits de la communication avec leurs confrères gynécologues. « *Le gynéco est quelqu'un qui n'écrit pas, en général. Le médecin traitant n'est jamais au courant (A)*. » Le médecin G compare le gynécologue au pédiatre « *qui prévient pas de ce qu'il fait alors que vous êtes plusieurs sur la même personne, c'est assez dommage* ». « *Ils sont pas bavards (J)* ». « *Ce n'est pas la catégorie confraternelle avec qui on a le plus de dialogue (M)* ».

Par contre, dans les cas où ils adressent une femme pour un avis spécialisé, ils ont toujours un retour d'information par courrier. D'ailleurs, ils reçoivent systématiquement le compte-rendu opératoire en cas d'intervention chirurgicale. « *Les médecins qui n'écrivent pas sont ceux dont on peut faire nous même le boulot, nous les généralistes* », semble être l'origine du problème pour le médecin J.

Les autres 6 médecins sont contents de l'échange avec les spécialistes. Ils ont un réseau qui « *fonctionne* ». Le médecin C pense qu' « *il y a des ratés comme dans tous les trucs humains, c'est normal* ». Le médecin N est toujours tenu au courant par le gynécologue, sauf pour les patientes dont il n'est pas déclaré comme médecin traitant.

◆ **L'attitude en cas de réception d'un frottis anormal réalisé par le spécialiste**

Quant à l'attitude en cas de réception d'un frottis anormal réalisé par le spécialiste, les opinions se divisent. Certains médecins considèrent que c'est au gynécologue de prévenir la patiente et d'assurer le suivi, car pour eux le réalisateur ou le prescripteur de l'examen est le responsable de l'acte. « *Quand le frottis est fait par un gynéco, le gynécologue fait service après vente, c'est lui qui gère (D)* ». D'autres médecins rappellent la patiente pour l'informer du résultat et vérifier qu'elle est déjà prise en charge. Le médecin I explique sa conduite à tenir : « *je préviens la patiente d'aller revoir le gynéco, mais en général c'est savoir si le gynéco l'a prévenue [...] mais en général le gynéco l'a fait* ». Cette attitude est également adoptée par le médecin K parce que « *si on nous envoie un double, c'est aussi pour ça* ».

10. L'entretien téléphonique avec les anatomo-cytopathologistes

Les deux laboratoires havrais utilisent exclusivement le système Bethesda 2001 pour la classification cytologique. Si la cytologie est anormale, ils ne proposent pas de suggestions concernant le suivi des patientes. En cas de frottis avec des lésions ASC-US, ils envoient le prélèvement au biologiste pour la recherche d'HPV. Les laboratoires d'anatomo-cytopathologie ont effectué un sondage auprès des médecins préleveurs

demandant leur accord pour la réalisation automatique du test HPV en cas d'ASC-US. Une très faible minorité de médecins s'y est opposée. En règle générale, un double du compte-rendu cytologique est envoyé au médecin traitant, même quand ce n'est pas lui le réalisateur du FCU. En revanche, le compte-rendu n'est jamais adressé à la patiente, hormis de rares cas où le médecin le demande explicitement.

DISCUSSION

1. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

1.1. Forces

- Liées au sujet de l'étude:

L'originalité du sujet est un point fort de cette étude. Malgré une recherche bibliographique étendue, je n'ai trouvé aucune thèse traitant la prise en charge par les médecins généralistes des femmes ayant un frottis anormal. Des thèses avec des sujets concernant le frottis existent mais elles traitent surtout la pratique des frottis en soins primaires et les freins du dépistage du cancer du col de l'utérus.

- Liées à la méthode :

Au début, j'avais choisi la méthode quantitative pour l'étude afin d'analyser les pratiques des médecins généralistes vis-à-vis des frottis pathologiques. Cependant, après avoir discuté le thème avec des co-internes et un enseignant au sein des enseignements dirigés, je me suis rendue compte que la méthode qualitative était beaucoup plus appropriée. L'absence de données d'autres études m'a aussi obligée à opter pour cette méthode. Le choix de l'entretien individuel semi-directif a été pertinent. Ce dernier a permis de recueillir les opinions et les propositions propres à chacun. L'idée de créer des *focus-groups* a été vite rejetée pour éviter l'influence des discours par les autres praticiens ainsi que des éventuelles tensions entre eux, en cas de désaccord.

- Liées au matériel :

L'enregistrement de l'ensemble des entrevues par deux appareils a garanti une meilleure sécurité de l'exploitation des données, en cas de parasites ou de superposition des énoncés. Une fois les entretiens retranscrits mot à mot, j'ai sollicité une secrétaire médicale pour réécouter, relire et corriger le *verbatim* des entretiens.

- Liées à l'échantillon :

Une méthode qualitative ne demande pas un échantillonnage représentatif, mais plutôt un échantillon ciblé et raisonné afin de colliger des réponses aussi variées que possible jusqu'à saturation des données. Les médecins interrogés possèdent des caractéristiques variées. Ce sont des médecins des deux sexes, de tout âge (de 35 jusqu'à 69 ans), exerçant en tout milieu (urbain, rural et semi-rural), sans expérience en gynécologie ou titulaires d'un DU de gynécologie, impliqués au Planning Familial, enseignant à la faculté, maîtres de stage ou pas. La population source est une photographie intéressante des professionnels de l'agglomération havraise. La diversification des caractéristiques des participants et l'obtention de la saturation des données sont les garants d'une analyse correcte. Souvent, les médecins sollicités pour les études qualitatives sont soit maîtres de stage soit membres d'associations relatives au sujet de la thèse, c'est-à-dire des médecins plus investis par rapport à la moyenne. Ici, l'échantillon a été sélectionné à partir de la liste des pages jaunes.

- Liées à l'enquêtrice :

La proximité socioprofessionnelle rend l'entretien plus aisé puisqu'il permet de lever les barrières et les mécanismes de défense du participant. Cet univers de référence partagé entre les deux parties est un argument en faveur d'une meilleure validité.

1.2. Limites

- Inhérentes à la méthode :

Les comportements regroupés ne sont qu'une ébauche, un point de départ établi sur un panel de soignants restreint. L'étude qualitative ne permet pas la généralisation et la transposition à la population générale. Pour valider les pratiques désignées, une étude quantitative randomisée sur un groupe de praticiens plus large est indispensable.

- Inhérentes au sujet :

Les refus de participer à l'enquête sont probablement liés au thème qui touche le domaine de la gynécologie. Les médecins qui n'ont pas accepté étaient de sexe masculin.

- Inhérentes à l'échantillon :

La population étudiée comporte seulement des médecins exerçant dans l'agglomération havraise. Elle a été choisie par commodité (lieu d'exercice personnel et d'habitation). Fallait-il étendre l'étude sur les médecins de toute la région Haute-Normandie ?

Les médecins ont été recrutés sur le principe du volontariat, ce qui implique le biais d'auto-sélection. Les médecins attirés par la gynécologie étaient plus favorables à accepter la réalisation d'une entrevue. L'entretien avec deux de mes anciens maîtres de stage a peut-être freiné la demande des informations censées connues de ma part. L'informateur-relais : le Docteur Le Roux - représente également un biais de recrutement parce que il ne connaît probablement pas tous les médecins de l'agglomération.

- Inhérentes au guide d'entretien :

Bien que la recherche ait été la plus exhaustive possible, je ne peux écarter la possibilité que des thématiques importantes aient été occultées. Le guide d'entretien constitue un cadre nécessaire à la discussion mais en même temps il donne aux participants tout le loisir d'infirmer ou d'enrichir les thèmes abordés. Une fois élaboré, le guide d'entretien doit être mis à l'épreuve afin d'évaluer la longueur des entretiens et la formulation des questions, d'identifier des zones d'incompréhension ou de mettre en évidence un thème qui aurait pu rester ignoré. Pour cela, il est conseillé de réaliser des entretiens exploratoires. J'ai testé le guide avec une co-interne pour contrôler le déroulement de l'entretien hormis le contenu. Ensuite, j'ai réalisé un entretien test avec un médecin que j'ai finalement intégré à ma thèse. J'aurai dû effectuer plusieurs entretiens tests avec des médecins généralistes. Ce guide a cependant été mis à l'épreuve en le soumettant à la critique de mon directeur de thèse, de deux enseignants du département de médecine générale et de trois co-internes en DES de médecine générale.

- Inhérentes au déroulement de l'entretien

La présence du magnétophone peut être source de blocage. J'ai été confrontée durant les entretiens à des discours ne répondant pas à la question et débordant sur d'autres sujets ainsi qu'à des opinions contradictoires de la part du même interviewé. Un biais de déclaration existe dans cette étude comme dans tous les travaux se basant sur des déclarations de pratiques ou d'intention dans lesquels les médecins participants ont tendance à faire preuve d'auto-indulgence.

- Inhérentes à l'enquêtrice :

Lors des entretiens, j'ai veillé à avoir un discours le moins directif possible, afin de minimiser les projections de mes représentations et de mes opinions sur l'interviewé. Néanmoins, certains commentaires ou intonations lors des questions ont pu influencer les énoncés des médecins.

- Inhérentes à l'analyse des entretiens

La retranscription représente une des étapes les plus longues de l'enquête. Ensuite, l'analyse des données est un travail complexe à effectuer, avec un va-et-vient entre les entrevues pour mettre en lumière les idées des discours obtenus. J'ai essayé de maintenir une approche la plus objective possible, en évitant les écueils d'une interprétation des propos rapportés. Mais mes convictions et mes points de vue propres sur le sujet conditionnent l'approche analytique et peuvent avoir interféré avec une neutralité recherchée mais impossible. Une orientation inconsciente des résultats constitue un biais d'interprétation, difficilement quantifiable.

2. ANALYSE DES RÉSULTATS

2.1. Les médecins interrogés

Les médecins étaient accueillants et concernés par la problématique. La participation à l'enquête a été satisfaisante puisqu'il a fallu solliciter seulement 18 médecins pour obtenir 14 rendez-vous. Au cours des entrevues, les médecins participants avaient un discours de plus en plus libéré et se confiaient plus facilement sur leurs positions.

Les médecins généralistes sont obligés de faire preuve de polyvalence. Toutefois, la compétence dans tous les domaines a des limites en lien avec les centres d'intérêt particuliers de chaque praticien. Certains praticiens font des choix aux dépens de la gynécologie. Dans la thèse de Dias, 55,9 % des médecins franciliens interrogés ont déclaré pratiquer peu ou pas de gynécologie. La raison la plus souvent avancée était la présence de gynécologues à proximité de leur cabinet. D'autres raisons ont été ensuite évoquées : le manque de temps, le manque de formation, le manque de demande de consultations gynécologiques ainsi que le désintérêt pour cette spécialité [29].

En analysant les résultats, on retrouve le même profil de médecins qui adressent automatiquement aux gynécologues toutes les femmes ayant un frottis anormal (F, I, L). Ce profil est celui d'un médecin homme âgé de plus de 50 ans, sans formation universitaire initiale, exerçant en cabinet de groupe et qui ne fait jamais ou rarement de frottis.

2.2. Le rôle du médecin traitant

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé en 2010 [6] désignent le médecin traitant comme le coordinateur du dépistage du cancer du col de l'utérus pour chacune de ses patientes (même si le FCU a été effectué par un autre médecin). Le médecin traitant pour la majorité des patients est leur médecin généraliste. Quatre médecins (A, D, G, L) estiment que le réalisateur du frottis est seul responsable de son acte et ils s'opposent à l'idée d'assurer la prise en charge de leurs patientes ayant des frottis pathologiques, quand ces derniers ont été réalisés par d'autres professionnels de santé. Ces médecins généralistes n'assument pas complètement leur rôle de médecin traitant qui consiste aussi à promouvoir les soins de prévention. Ces médecins ne questionnent pas les femmes suivies par les gynécologues sur leur dernier FCU considérant qu'il est forcément à jour. Par conséquent, le dossier médical n'est pas renseigné vis-à-vis du statut du frottis. Ce deuxième point nous donne à réfléchir sur le fait que la prévention ne joue peut-être pas un rôle important dans leurs pratiques, tout au moins dans le domaine de la gynécologie.

« Quand c'est pas toi qui as fait le frottis, c'est pas toi qui es responsable de l'acte. Dans ma tête, je veux dire. Peut être que je le suis... [...] Non, on n'a pas la même attitude parce qu'on est informé mais on est pas en charge du dossier. Et je me sens pas responsable d'un truc que j'ai pas demandé (A) ».

« En général, je laisse ça au gynéco. Parce que le gynéco a reçu aussi et que comme c'est lui qui l'a fait, c'est à lui de gérer ça. Peut-être que c'est une erreur mais a priori, moi je raisonne comme ça [...] A priori je suppose, quand elles m'ont dit qu'elles vont chez le gynéco, je suppose qu'elles y vont (L) ».

2.3. La relation médecin – patiente

2.3.1. Pratiques dépendantes du patient :

En médecine générale, le soignant doit s'adapter au patient qu'il a en face de lui. La personne bénéficie d'une prise en charge médicale holistique. Les pratiques ne sont pas centrées sur le symptôme mais elles visent à soigner le patient dans sa globalité. Les attitudes des médecins dépendent des caractéristiques particulières de la personne à laquelle ils s'adressent. « *Bah, toute la médecine est comme ça. Je traite chaque patient en fonction d'abord de sa réponse aussi (L).* » Les patients de la consultation de médecine générale sont issus des tous les milieux socioculturels.

En ce qui concerne le dépistage du cancer du col utérin, l'information du patient est appropriée à son niveau de compréhension. La logique et les objectifs du frottis en tant qu'examen de dépistage restent quand même compliqués à comprendre par certaines patientes. Ce test n'établissant pas de diagnostic peut être source de confusion pour les femmes. Il est difficile aussi pour les médecins de bien expliquer le concept d'ambiguïté du résultat du frottis [30]. Dans l'étude de Monsonogo et al. [31], 30 % des françaises disaient ne pas comprendre ce mauvais résultat et réclamaient davantage d'informations. Les médecins adaptent les explications et leur prise en charge selon les capacités intellectuelles de leurs patientes. Le jargon médical ne trouve pas sa place lors des échanges avec les femmes. « *En général, je suis assez précise dans mes explications et voilà quoi. Je pratique pas trop la langue de bois et ça se passe bien (A).* »

L'anxiété de la patiente oblige les médecins à ajuster leur comportement aux circonstances. D'une part, les femmes stressées sont demandeuses d'examens cliniques ou paracliniques complémentaires pour se rassurer, malgré les explications apportées par leur médecin traitant. Ce dernier finit parfois par les adresser au gynécologue plus rapidement que ce que les recommandations proposent. « *C'est vrai que systématiquement elles sont demandeuses de frottis pour surveiller alors que c'est une fausse sécurité (H).* » D'autre part, le suivi durable d'une lésion suspecte (ASC-US)

peut décourager les patientes qui se croient porteuses d'une pathologie chronique. Cette pathologie, touchant un organe relié à la féminité et à la sexualité, apporte davantage de stress. Une étude française montre que l'anxiété, la panique et l'angoisse étaient les réactions initiales les plus fréquentes à l'annonce du diagnostic - rarement de la colère. Les françaises développaient cependant une franche anxiété (74 %) et un grand stress (39 %) [31].

Différentes prises en charge coexistent dans ce contexte :

Parfois, les soignants rassurent les femmes anxieuses qui s'imaginent en train de mourir d'un cancer du col utérin, alors que le contrôle cytologique peut s'avérer normal. *« Les femmes sont complètement stressées, paniquées se voyant en train de faire une chimiothérapie alors qu'il y a quasiment rien (F). »*

Certains médecins se sentent inefficaces devant les ASC-US successifs qui laissent planer un doute. Le suivi de ces patientes se révélant être un véritable défi. *« C'est le fait que ça soit dans la durée. C'est maintenir ton intérêt à toi, de rester sur le coup et de maintenir l'observance de la patiente sur un problème chronique dont on s'en sort pas ou ça aboutit à rien précis. Je pense que ça doit être difficile pour les femmes mais c'est difficile pour nous (A). »* L'annonce d'un résultat anormal demande de l'empathie de la part du soignant envers sa patiente.

D'autres patientes sont laxistes par crainte d'un résultat positif. Plus rarement, une mauvaise observance résulte de l'impression de ne pas être concernée ou du fatalisme à l'égard de la maladie. Les médecins modifient leurs habitudes devant ces patientes, potentiellement non compliantes. Par exemple dans le cas des ASC-US, ils préfèrent une colposcopie au lieu d'un contrôle cytologique 6 mois plus tard, la prise en charge immédiate par un spécialiste rendant le suivi plus efficace. *« Si elle n'est pas trop sérieuse, je l'envoie au gynéco pour peut-être remettre une couche sur la prévention (K). »* Cette solution n'est pas choisie par manque d'arguments ou de compétences des généralistes, mais pour améliorer le suivi et éviter le phénomène des « perdues de vue ».

Dans une étude britannique, certains médecins, plutôt critiques face aux qualités du dépistage, considèrent la non-observance comme une décision consciente de la patiente qu'on doit respecter [32]. Je n'ai pas retrouvé ce type d'argument dans mon étude.

Deux médecins (F, J,) essaient d'effrayer les patientes pour qu'elles adhèrent au dépistage. *« La difficulté c'est toujours la même chose en médecine. C'est de faire peur aux gens mais pas trop, mais juste un peu mais quand même un peu. Si on fait pas du tout peur, le suivi se fait plus. C'est un peu dommage d'avoir un frottis anormal et puis qu'il n'y ait pas de suite (F). » « Elles ont rien capté, elles sont pas observantes. Pour arriver, il faut franchement quand même leur foutre la trouille pour qu'elles soient compliantes. On est parfois obligé de leur foutre la trouille pour rien (J). »*

Les médecins décident du rythme et de la quantité d'information médicale à communiquer à la patiente, surtout quand les résultats sont désagréables ou effrayants. Selon Tobias [33], la divulgation de tous les détails du diagnostic, du traitement et du pronostic est cruelle. Aucun médecin raisonnable ne révèle au malade la vérité complète sur sa pathologie.

A l'opposé, le médecin L estime qu'inquiéter les patientes avant la réception des résultats est inutile. L'expérience personnelle du médecin C renforce cette opinion : un gynécologue lui avait évoqué une conisation sans attendre l'interprétation du frottis qui était finalement revenu négatif. Sa propre expérience lui a appris la prudence avant d'avoir la confirmation des résultats. Cela correspond aux attitudes britanniques où la plupart des médecins généralistes ne mentionnent pas la possibilité d'un résultat anormal par peur de bouleverser les patientes inutilement ou de les surcharger avec des informations. Ils préfèrent informer les patientes par courrier une fois que le résultat anormal est confirmé [32].

Doit-on inquiéter les patientes pour les sensibiliser ou faut-il les rassurer jusqu'à la confirmation du mauvais résultat ? Quelle est la bonne attitude ? L'exposition avec empathie de la situation le plus objectivement et clairement possible à la patiente est

probablement la réponse à ce dilemme. « *Généralement, dès que tu proposes à la dame une attitude en disant : "On refait un contrôle à telle date", généralement elle comprend la démarche et elle acquiesce* », souligne le médecin B. Inclure la patiente aux décisions sur sa propre santé devient primordial.

Les caractéristiques de la patiente et surtout son degré d'anxiété sont des déterminants importants dans la conduite à tenir du médecin. On voit que sa position face aux recommandations peut varier selon les situations rencontrées.

2.3.2 Le choix du médecin généraliste pour le suivi gynécologique :

Les femmes préfèrent généralement se faire suivre sur le plan gynécologique par un spécialiste. Comme nous l'avons vu précédemment, la démographie médicale, la formation actuelle des internes de médecine générale, la féminisation de la profession, vont conduire progressivement les patientes à être prise en charge de plus en plus fréquemment par des médecins généralistes. Toutefois, celles qui choisissent leur médecin traitant le font délibérément. « *Généralement, si elle t'a vu, elle n'est pas allée voir le gynéco. J'en ai très peu qui y vont. J'en ai pas eu des dames qui se sont dit : "Ba, j'ai un frottis anormal, je vais aller tout de suite voir le gynéco". Du moment que tu leur donnes bien un schéma, je pense qu'elles le respectent (B).* » Les patientes estiment que leur généraliste offre des soins de bonne qualité. Cette décision est le fruit d'une relation de confiance entre le soignant et la patiente. « *Déjà, les rares qui acceptent de faire leur frottis avec leur généraliste c'est qu'elles sont quand même assez proches de nous (G).* »

Dans la thèse de Le Manac'h, le choix du gynécologue pour un suivi gynécologique se distingue essentiellement par la perception de la compétence de celui-ci par les patientes interrogées. Quant au choix du médecin généraliste, il se distingue principalement pour des critères de qualité de la relation médecin-patient et pour des critères de proximité. Toutes les patientes consultant un médecin généraliste pour un motif gynécologique le trouvent à l'écoute [34].

En cas de frottis anormal, elles suivent la conduite à tenir proposée par le médecin traitant sans avoir recours au spécialiste, sauf si une colposcopie est nécessaire. Souvent, même les femmes suivies exclusivement par un gynécologue, demandent des explications ou l'avis de leur médecin traitant, en cas de résultats pathologiques. « *Je pense que ce n'est pas une question de mauvaises explications ou de dialogue avec le gynéco. Je trouve que c'est une question de confiance, elles ont besoin qu'on leur explique (K).* » Elles respectent ses compétences professionnelles et elles tiennent compte de son opinion ; c'est le produit de la relation proche entre médecin et malade.

2.3.3 L'information de la patiente :

En règle générale, si la cytologie est normale, le médecin ne prévient pas la patiente. En cas des frottis anormaux, la façon d'informer la patiente sur les résultats n'est pas homogène. Le médecin souvent l'appelle au téléphone dans l'idée d'une discussion et d'une prise de rendez-vous. Dans mon étude, un seul médecin communique les résultats par la méthode épistolaire. Les patientes ne reçoivent que rarement le compte-rendu cytologique à domicile. D'ailleurs, les laboratoires évitent d'envoyer le compte-rendu cytologique aux patientes en cas de frottis pathologique. L'anxiété ou l'incompréhension de la part de la patiente nécessite une consultation dédiée aux explications.

Une étude de cohorte en 2008 montre des résultats différents par rapport à mon étude. Presque deux tiers (60 %) des résultats anormaux sont communiqués par lettre en France. Cependant, le plus haut niveau de stress et d'anxiété constaté chez les patientes françaises comparé aux espagnoles corrobore qu'un résultat communiqué par lettre peut engendrer plus d'inquiétude qu'un appel téléphonique [31].

2.4. Le dossier médical

Le dossier est le garant de la démarche médicale et de la continuité des soins. L'ensemble des médecins de mon étude affirme que leur dossier médical est à jour concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus. Cependant, l'étude quantitative de Ruelle rapporte que le contenu de 305 dossiers médicaux étudiés est insuffisant. Seuls 27,5 % d'entre eux contiennent l'ensemble des informations relatives au dernier frottis, c'est-à-dire la présence à la fois de la date, de la qualité et du résultat du dernier frottis cervico-utérin [35]. Dans une étude haut-rhinoise, 44,2 % de dossiers mentionnaient la réalisation d'un frottis cervical et 25,9 % étaient complets, mentionnant la réalisation d'un frottis, sa date et son résultat. Parmi les dossiers complets, 91,4 % mentionnaient un frottis récent datant de moins de 3 ans. La bonne tenue du dossier médical est donc corrélée à une gestion rigoureuse du dépistage et les délais de réalisation des examens respectent les recommandations en vigueur qui sont simples [36].

Douze médecins parmi les quatorze possèdent un dossier informatisé. Les logiciels informatiques fournissent une fonction alarme, qui génère des rappels automatiques lors de l'échéance d'une procédure médicale. Ils pallient les limites du médecin en terme de mémoire et de temps, et l'aident à discerner ces éléments parmi d'autres motifs de consultation [37]. Mais seulement trois médecins sur les douze ayant un dossier informatisé se servent des alarmes. Ces 3 médecins abordent le sujet spontanément avant que la question soit posée, associant le système de rappel à la bonne tenue du dossier médical.

L'étude quantitative de Descrozailles [38] montre que 88,5 % des praticiens ont des dossiers informatisés mais moins de 30 % utilisent des systèmes de rappel automatique pour des actes de prévention, hors vaccination. Dans cette thèse, le FCU est renseigné dans 32 % de dossiers étudiés.

Cette fonction a prouvé, lors de nombreux essais randomisés, sa capacité à améliorer les pratiques [39]. Or, dans la pratique quotidienne des médecins rencontrés, l'utilisation

des alarmes ne paraît pas pratique. Selon eux, les thèmes de prévention seront forcément abordés durant la consultation à un moment ou un autre pour les patientes qui ont un suivi régulier. « *Je pourrai mettre une alarme mais je le fais pas parce que si on arrive dans la discussion à parler des problèmes gynéco, etc., c'est aussi bien qu'avoir une alarme sur l'ordinateur. Je le fais pas parce que je fais verbalement (C).* », « *Chez les patientes que je vois régulièrement, c'est vrai que j'ai pas d'alarme (D).* » L'ancienneté du suivi semble jouer un rôle avec un dossier d'autant plus informatif que la patiente est connue de longue date. Connaître le même médecin généraliste depuis longtemps est associé à une plus grande confiance en lui et une meilleure adhésion à ses conseils [38].

Les alarmes des logiciels médicaux sont un outil intéressant mais paraissent difficiles à utiliser dans la pratique courante. Il pourrait être intéressant de revoir leur fonctionnement avec les fournisseurs de logiciel pour les rendre plus intuitives.

2.5. L'évaluation chiffrée de la qualité des pratiques en médecine générale

Des dispositifs d'encadrement de la pratique sont mis en place pour mesurer le travail des médecins exerçant en libéral. L'assurance maladie a constitué un système national d'informations inter-régimes (le SNIIR-AM) [40] recueillant pour chaque praticien les actes et prescriptions donnant lieu à remboursement. Un résumé de ces données est envoyé par le SNIIR-AM à chaque praticien, sous forme d'un relevé d'information, présentant son activité et la situant par rapport à une moyenne départementale. En avril 2009, l'UNCAM a mis en place le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) [41]. Ce contrat individuel est destiné à rémunérer les médecins généralistes en fonction de l'atteinte d'objectifs, déclinés en 16 indicateurs. Ils visent à soutenir des actions de santé publique, à réduire les écarts aux recommandations ou à diminuer les dépenses de santé. Le CAPI est accusé de reposer sur une vision mal informée et désincarnée des réalités du travail médical. « *Ça fait partie des mesures de prévention, fin, au niveau de la convention médicale. On a des chiffres à tenir en tant que médecins traitants (J).* » Les indicateurs ignorent maintes dimensions qui participent au bon soin

dans une médecine générale se voulant attentive aux singularités des contextes de vie des patients, de par son ambition bio-psycho-sociale [42].

Des médecins ont expérimenté cette mesure dans le cadre d'une étude quantitative. Ils ont d'abord subi l'épreuve de réalité que constitue la quantification du travail médical. Une simple mise en série des dossiers montre le plus souvent que « le compte n'y est pas », que les médecins ne font pas ce qu'ils pensent faire, ou pas à la fréquence attendue [42]. Dans mon étude, ce constat est affirmé par le médecin M qui cite : « *Mais on a des surprises. Nous sommes maintenant pistés sur les mammographies par l'Assurance Maladie. Moi, je suis persuadé d'être excellent en matière de mammographie, etc. et quand on voit les chiffres de l'Assurance maladie, je me trouve mauvais (M).* »

En 2012, une nouvelle convention médicale a instauré une rémunération à la performance, pour tous les médecins libéraux. Son champ d'application dépasse celui du CAPI. Après une phase de transition entre les deux dispositifs, le CAPI sera substitué [43, 44].

2.6. Le compte-rendu cytologique et la relation avec le cytopathologiste

Dans la thèse de Fontaine [45], les principaux éléments d'évaluation de la qualité du prélèvement sur lesquels se basent les médecins maîtres de stage de Basse-Normandie sont : l'évaluation de la qualité du FCU établie par le laboratoire (73 %), la présence des cellules endo-cervicales (49 %) et la conclusion rendue par le laboratoire selon la classification Bethesda (90 %). Soixante-treize pour cent des maîtres de stage estiment que dans la lecture du compte-rendu de frottis, la conclusion est suffisante. Ces résultats concordent avec les positions et les tendances des médecins interviewés dans mon étude.

Les médecins rencontrés répliquent souvent : « *C'est le labo qui décide, c'est le labo qui gère, si le biologiste me dit que...* ». Les médecins interviewés apprécient la

collaboration avec les cytologistes, en ce qui concerne la réalisation du prélèvement, son interprétation, le retour d'information, la rapidité de leur réponse.

Uniquement le médecin A se pose des questions sur les compétences du laboratoire. D'abord, il reste critique face aux frottis jugés satisfaisants par le laboratoire, alors qu'il manque des cellules endocervicales. « *Je lis aussi ce qu'il fait le laboratoire, ce qu'il dit le laboratoire mais je suis en désaccord par rapport à l'interprétation... Fin, la qualité des frottis [quand] j'ai pas de cellules d'endocol.* » Néanmoins, depuis le système de Bethesda 2001, l'absence de cellules de type endocervical ne constitue pas à elle seule un critère de non-interprétabilité, mais elle doit être signalée dans le compte-rendu. Des publications ont montré que l'absence de cellule endocervicale n'implique pas, de façon statistiquement significative, une perte de chance diagnostique pour la patiente. Le clinicien reste le seul juge de la nécessité de répéter le frottis [7, 10].

Toujours pour le médecin A, l'abondance des lésions ASC-US aux prélèvements paraît suspecte. Des intérêts pécuniaires pourraient être à l'origine de sa constatation car les ASC-US entraînent des FCU à répétition ou des tests HPV. Les résultats fournis par les laboratoires engendrent leur responsabilité médico-légale. Aucun article dans la littérature ne va dans le sens de cet avis unique. En revanche, l'état des lieux de Vacher-Lavenu [46], argumente les compétences des anatomo-cytopathologistes, dues à des évaluations constantes de la qualité de leur travail malgré les obstacles en ressources humaines et financières.

2.7. La formation médicale continue

Les connaissances médicales et les techniques progressent. Depuis la loi du 13 août 2004, tous les médecins sont soumis à une obligation d'évaluation de leurs pratiques professionnelles. Le décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles mentionne que l'EPP a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé [47]. Elle mesure ce qui est fait dans la pratique professionnelle, pour le comparer à la

pratique attendue par les recommandations professionnelles. L'EPP fait partie intégrante de la formation médicale continue ; leur articulation est réglementée par la loi de Santé Publique d'août 2004. *« C'est grâce à la formation médicale continue, aux EPP - Évaluations des Pratiques Professionnelles - parce qu'on est obligé d'en avoir. Enfin, normalement, on devrait. Nous, on est affilié à un organisme EPP (D). »* L'EPP peut garantir que non seulement les personnes motivées mais l'ensemble du corps médical suive des formations continues.

2.8. La prise en charge des frottis anormaux

A la question sur l'approche générale devant un frottis anormal, les interviewés déploient l'algorithme qu'ils appliquent habituellement. Ils détaillent le traitement de chacune des anomalies éventuellement rencontrées, d'une mycose ou d'une inflammation jusqu'à une malignité. Devant un frottis pathologique, l'idée générale est de savoir si on surveille les lésions douteuses ou si une colposcopie est nécessaire. Leur conduite à tenir est claire. Dès que les participants ont un doute ou se sentent dépassés devant les résultats, ils n'hésitent pas à adresser rapidement au spécialiste. Ils semblent reconnaître les limites de leurs compétences. *« Je mets la barre très basse, moi, parce que je ne suis pas gynécologue. Dès que j'ai un élément d'inquiétude, je vais assez facilement l'envoyer à un gynéco, je passe la main facilement (M). »* Des examens supplémentaires sont facilement demandés pour approfondir un résultat initial afin de confirmer ou écarter un diagnostic. Agir différemment paraît irrationnel du fait du traitement efficace des formes précancéreuses et du bon pronostic du col de l'utérus.

Une attitude de deux médecins consiste à prescrire des ovules vaginales antiseptiques après le FCU, quel que soit l'interprétation cytologique. *« Je vais donner des ovules antiseptiques et puis dire : "Bon, on refait un contrôle dans 6 mois" (L). », « Moi, je désinfecte avec de la Colposeptine ® parce que commercialement, c'est très mauvais de rien donner. Et je leur dis qu'on fait un contrôle à 6 mois (H). »* Cependant, nous sommes des scientifiques et pas des commerçants. En effet, certains malades sont demandeurs de traitements et en réponse, certains médecins cèdent. Mais l'anticipation

de la demande ne paraît pas déontologique, surtout devant ce traitement inutile. Lors de la recherche bibliographique, aucune recommandation ou étude n'a été retrouvée prouvant un lien entre les ovules antiseptiques et le FCU. La prescription des médicaments n'est pas forcément la seule façon de terminer une consultation. La perception traditionnelle qu'un médecin qui ne prescrit pas de traitement est incompetent, doit être débattue. Prendre le temps d'expliquer le choix de la non prescription est prépondérant mais chronophage.

A part la désinfection locale avant le prochain contrôle, je cite quelques énoncés de médecins qui ne concordent pas avec les pratiques consensuelles actuellement :

- En répondant sur le cas clinique d'ASC-US : *« Je vais peut-être l'envoyer voir le gynéco. Je vais peut-être faire aussi une échographie pour voir s'il y a pas d'anomalie au niveau des reins, s'il y pas d'élément complémentaire (C) ».*

- Anecdote : *« C'est une dame qui est venue me voir parce qu'elle avait des pertes, je lui ai fait faire un frottis : inflammatoire, flore polymicrobienne. Je lui avais donné un traitement. Je lui ai dit : "[...] Allez tout de suite au labo, ils vont vous faire votre frottis et puis à ce moment-là vous pourrez mettre en route le traitement. " (C) ».*

- *« CIN 3-4 (H) ».*

2.9. Les recommandations professionnelles

Neuf médecins sur quatorze connaissent les recommandations émises par l'ANAES en 2002 sur la conduite à tenir devant un frottis anormal. Un seul médecin (B) s'y réfère à la réception de chaque cytologie. Certains médecins de l'enquête s'affirment en désaccord partiel avec les recommandations. Leurs objections sont en rapport avec le rythme ou le début d'âge de la réalisation du dépistage. Même si la HAS (ex-ANAES) propose un dépistage triennal, ils s'y opposent en appliquant un dépistage tous les 2 ans. *« Alors, je m'appuie sur mes pratiques, par exemple, pour la périodicité des frottis. Moi, je fais à 2 ans, c'est un compromis. La HAS disait 3 ans, avant les dames avaient des frottis tous les ans. Alors, on a coupé la poire en deux (B). »* L'âge de 25 ans pour le FCU initial semble tardif aux médecins qui suivent des femmes ayant une activité

sexuelle depuis plus de 10 ans et/ou avec des partenaires multiples. *« On est censé faire les frottis qu'à partir de 24-25 ans, et ça, j'ai du mal. Parce que je trouve, en tout cas, j'ai des jeunes filles qui ont des rapports sexuels à partir de 12-13 ans et je trouve qu'attendre 10 ans pour faire le premier frottis, c'est un petit peu difficile (E). »*

Les médecins rencontrés ne suivent pas toujours les recommandations à la lettre. L'expérience personnelle, ainsi que les représentations de chaque médecin, influencent l'application des recommandations. Un autre médecin explique bien la façon dont un médecin généraliste organise ses connaissances : *« Tu fais un mix et tu recoupes tes informations comme un enquêteur. Il faut que ça te convienne à toi, il faut que ça te paraisse logique et il faut que tu aies eu plusieurs sources. C'est pas qu'une seule personne qui nous donne notre manière de...de travailler. Et c'est valable sur tous les domaines (A). »*

Une enquête transversale [48, 49] a été menée sur le comportement de 1789 médecins généralistes face aux recommandations des bonnes pratiques (RBP), dans cinq régions métropolitaines. Au total, 58 % des médecins généralistes adhèrent fortement aux recommandations, 33 % y adhèrent moyennement et 9 % y adhèrent faiblement. Les attitudes des généralistes impactent la démarche préalable de collecte des RBP mais ne jouent plus ensuite sur la mise en application. En effet, les guides connus sont utilisés, quelle que soit l'opinion préalable.

2.10. Le contrôle de l'hypothèse initiale

Dans cet item, je vais contrôler (accepter ou rejeter) la validité de mon hypothèse initiale. L'hypothèse formulée avant le début de l'enquête était : bien que les médecins généralistes ne s'approprient pas forcément les recommandations de l'ANAES sur la conduite à tenir devant un frottis anormal, leurs pratiques se conforment à celles-ci.

Concernant la première partie de la conjecture, nous avons vu qu'un peu plus que la moitié de la population étudiée (9 sur 14) admet la connaissance de ces

recommandations. Néanmoins, un seul médecin se les approprie complètement tandis que les autres s'y réfèrent partiellement. La première partie alors se vérifie.

Je vais tester la deuxième partie de la conjecture en fonction des réponses des médecins interviewés sur les trois cas cliniques.

Pour mémoire, l'ANAES propose trois alternatives pour la prise en charge des lésions ASC-US : un suivi cytologique ou un typage viral ou une colposcopie. Dans mon étude (tableau 6, page 55), la conduite à tenir principale est correcte pour l'ensemble des médecins enquêtés. Néanmoins, prenant en compte la prise en charge globale d'une femme ayant un ASC-US au frottis, je dois exclure deux médecins : le médecin C qui demande une échographie rénale comme examen complémentaire et le médecin D qui contrôle l'ASC-US six mois plus tard avec un FCU ainsi qu'un test HPV.

Pour les lésions de bas grade (LSIL) au frottis, l'ANAES recommande soit un frottis de contrôle dans 4 à 6 mois soit une colposcopie d'emblée. Huit médecins de mon enquête préfèrent la première solution (tableau 7, page 56). Le délai du contrôle par deuxième prélèvement est respecté par les 6 médecins parmi les 8. Le médecin G contrôle très tôt (3 mois) tandis que le médecin K contrôle très tard (12 mois). La colposcopie est choisie par les six médecins restants ; un choix en accord avec l'ANAES.

Quant aux lésions de haut grade (HSIL) au frottis, uniquement la colposcopie est indiquée. Treize médecins parmi les quatorze agissent de cette façon devant les HSIL (tableau 8, page 56). Le médecin D opte pour un frottis de contrôle à distance pour confirmer la persistance des lésions.

En résumé, les conduites à tenir des médecins de mon enquête s'accordent aux recommandations de l'ANAES avec seulement un ou deux médecins qui adoptent des pratiques différentes.

Par conséquent, mon hypothèse initiale est validée.

2.11. Le test HPV

Aujourd'hui, le test HPV est uniquement recommandé en deuxième intention, à la suite de frottis présentant des anomalies malpighiennes de signification incertaine (ASC-US). Dans le cas où le test HPV est positif, une colposcopie est réalisée d'emblée par le gynécologue [1, 5]. Tous les médecins de l'étude connaissent l'existence du test HPV mais nombreux sont ceux qui ignorent les indications de cet examen. Leurs réponses sont vagues et imprécises. Souvent ils étendent le spectre des indications pour inclure tout frottis anormal. « *Dès qu'ils ont une cytologie anormale, ils font l'HPV automatiquement (G).* » Cette situation est probablement liée au fait que les laboratoires haurais réalisent librement le test HPV. Suite à une convention signée avec les médecins prescripteurs ou réalisateurs du FCU, les cytopathologistes envoient automatiquement chaque ASC-US pour une recherche d'HPV. Les médecins généralistes ne sont plus sollicités pour la prescription du test HPV. Cela pourrait expliquer la pléthore des réponses erronées. En dépit de la confusion des généralistes par rapport aux objectifs du test, le contrat entre médecins et laboratoires assure la bonne prise en charge des frottis ASC-US.

2.12. La relation avec le gynécologue

Selon leur interaction avec les gynécologues, les médecins peuvent être classés en trois catégories :

a) Les médecins ayant un réseau

Le fondement d'un réseau entre les soins primaires et les spécialistes est une soupape de sécurité. Leur collaboration permet de surpasser les obstacles éventuels : les généralistes acceptent plus facilement d'assurer le dépistage car les frottis anormaux seront adressés ultérieurement à leurs partenaires, les gynécos. Les médecins ayant créé un réseau sont contents, globalement, de leur relation avec les gynécologues. La conception du « réseau » est certainement appliquée dans les autres domaines de leur pratique.

b) Les médecins peu investis en gynécologie

Ces médecins (C, F, I) sont parmi les plus satisfaits quant à la correspondance avec les gynécologues. Une hypothèse probable est que, comme ils délèguent le dépistage du cancer du col utérin, ils prêtent moins attention au retour d'information par les spécialistes. De plus, leurs patientes ayant besoin d'une consultation gynécologique pour la moindre anomalie, ils sont soulagés que leurs confrères gynécologues gèrent la situation.

c) Les médecins en concurrence avec les spécialistes

Les médecins femmes A, H et J avec une activité gynécologique importante, se sentent en concurrence avec les gynécologues médicaux. Cela pourrait expliquer leur mécontentement et leurs critiques. Ces généralistes pensent que le suivi physiologique gynécologique retrouve entièrement sa place en soins primaires. Leur plainte concerne la persévérance des gynécologues à maintenir le suivi de routine en excluant le médecin traitant. *« Après, tu t'étonnes qu'ils sont débordés, s'ils font des suivis des frottis au lieu de faire des opérations. Moi, si j'étais chirurgien, c'est pas les frottis qui m'intéresseraient (A). »*, *« Les médecins qui n'écrivent pas sont ceux dont on peut faire nous même le boulot, nous les généralistes (J). »* Etant donné le déficit des gynécologues exerçant en ville, leur domaine d'intérêt devrait être la pathologie complexe de la femme. Ce ressenti sur la concurrence avec les gynécologues a été rapporté également par les médecins généralistes interrogés dans la thèse de Gueugnier [50].

Les courriers des gynécologues, concernant la prise en charge d'une femme avec un FCU anormal, sont instructifs et améliorent les pratiques des généralistes. Le médecin K mentionne que le retour d'information fait partie de ses bases théoriques : *« l'expérience médicale au fur et à mesure avec les courriers des correspondants, on voit un peu le retour »*. L'hypothèse qui émerge est la suivante : si les gynécologues écrivaient plus aux généralistes, ces derniers pourraient mieux gérer les FCU pathologiques. D'ailleurs, on arrive à mieux s'approprier les recommandations lors de leur application pratique. *« Le fondement de la théorie, c'est la pratique »*, avait dit Mao Tsé-Toung.

2.13. Le dépistage individuel

Dans le cadre du dépistage opportuniste, le phénomène des patientes « perdues de vue » reste un problème inéluctable. Quand j'ai interrogé le médecin G sur un éventuel manque d'information sur des frottis anormaux chez ses patientes, il m'a répondu : « *Moi, j'ai pas eu de souci de cette ordre-là mais je sais que ça pourra arriver tel que c'est organisé* ». Sa réponse touche le cœur du problème, c'est-à-dire l'absence d'un dépistage organisé. Les médecins généralistes ne sont pas toujours informés des résultats des frottis effectués en dehors de leur cabinet médical. Les gynécologues qui ne cochent pas la case « prévenir le médecin traitant » sur le formulaire du FCU, ainsi que les laboratoires qui n'envoient pas systématiquement un double du compte-rendu cytologique au médecin traitant, peuvent être à l'origine du problème. Le médecin C rapporte qu'« *il y a des ratés comme dans tous les trucs humains* » quand elle se réfère au retour de comptes-rendus cytologiques.

Seulement 12 % des dossiers médicaux font état d'un retour d'information relatif à un frottis réalisé par un autre préleveur, dans la thèse de Ruelle [35]. Lob a évalué le retour d'information des résultats des FCU auprès des médecins traitants isérois. Parmi les 197 dossiers renseignés sur la date du dernier FCU quand il n'a pas été réalisé par le médecin généraliste, seulement 18,27 % ont fait l'objet d'un retour d'information de la part du préleveur alors que 81,22 % ont fait l'objet d'un retour d'information de la part de la patiente [51]. Dans la même étude, l'unanimité de médecins (98,7 %) s'est prononcée favorablement à la mise en place d'un retour d'information systématique des comptes-rendus des FCU auprès des médecins traitants. La priorité a été donnée aux cabinets d'anatomo-cytopathologie pour assurer sa gestion (77,9 % de médecins favorables pour le laboratoire contre 16,9 % pour le préleveur du frottis) [51].

Un autre point est la difficulté d'inclure la totalité de la population féminine au dépistage du cancer du col. Les jeunes femmes échappent au dépistage opportuniste parce qu'elles ne consultent que rarement leur médecin traitant. Dans mon étude, les freins à l'adhérence au dépistage par le médecin généraliste sont : la pudeur, le jeune

âge du médecin, la ménopause et la relation proche entre soignant et malade. Des obstacles similaires ont été rapportés dans d'autres études [50, 52]. Les patientes associent l'âge du médecin à l'expérience (K) et deviennent plus réticentes devant des médecins débutants. En outre, la trop grande proximité au terme d'une histoire relationnelle forte avec leur médecin généraliste amène certaines femmes à rechercher un autre médecin pour cet examen très intime (M, N). L'obstacle de cette proximité a été identifié également par les patientes interviewées pour la thèse de Calgari [52]. Par conséquent, elles peuvent faire leur frottis au laboratoire sans profiter d'un examen gynécologique complet (toucher vaginal, palpation mammaire), ou chez un confrère ou consœur. Par contre, ayant accès aux femmes venant de tout milieu social (CMU, milieu précaire, âgées et jeunes), les généralistes sont capables d'étendre le dépistage à une population qui souvent y échappe.

Dans mon étude, les médecins E et J privilégient le dépistage du cancer du col de l'utérus lors du renouvellement de la contraception orale. Le médecin K témoigne sa difficulté de convaincre les femmes âgées de plus de 50 ans qui considèrent qu'elles ne courent plus le risque de développer un cancer gynécologique après l'arrêt de leur activité sexuelle. L'enquête Santé 2002-2003 de l'INSEE [53] montre que les suivis gynécologiques, notamment dans le cadre de la contraception et de la fécondité, deviennent moins fréquents à partir de 50 ans. Ce constat renvoie à un effet d'âge. En effet, la prise d'une contraception orale favorise le dépistage par FCU. Pour augmenter l'adhérence au dépistage, le médecin B regroupe le dépistage des cancers gynécologiques (cancer du sein et du col utérin) à partir de 50 ans. D'ailleurs, le médecin N rappelle la nécessité du frottis à chaque consultation, même quand le motif de consultation est complètement différent (rhinite). A l'opposé, le médecin M considère difficile de questionner sur le frottis lors des consultations non dédiées à une demande gynécologique.

«C'est plus facile chez les femmes qui ont la pilule parce que de toute façon, on renouvelle une pilule sur un an. Donc, l'année suivante, elles sont obligées de venir nous voir. C'est plus difficile quand elles sont en postménopause où là c'est un peu plus

compliqué. Mais en général, comme il y a d'autres maladies intercurrentes ou des mammographies à surveiller, de leur rappeler qu'il est temps de le faire (E). »

3. PERSPECTIVES

3.1. Le dossier médical personnel (DMP)

Le retour d'information au médecin généraliste sur les frottis de ses patientes est médiocre. Cela devient problématique essentiellement pour les femmes ayant des frottis pathologiques. La prise en charge peut être retardée. La solution réside dans une meilleure coopération parmi les acteurs de santé impliqués. Les gynécologues doivent cocher la case « prévenir le médecin traitant » sur le formulaire accompagnant le prélèvement. L'expédition du double du compte-rendu cytologique au médecin traitant par les laboratoires de cytopathologie est nécessaire. Dès la réception des résultats cytologiques, les médecins généralistes sont tenus de les archiver dans le dossier médical de chaque patiente et d'informer la patiente en cas de résultat positif. Cette procédure à plusieurs étapes sera certainement simplifiée avec la généralisation du dossier médical personnel (DMP).

Le DMP [54] est un dossier médical informatisé partagé et proposé gratuitement aux bénéficiaires de l'Assurance Maladie. La réelle nouveauté demeure au fait que le patient peut consulter son dossier directement en ligne. Il est le seul à pouvoir faire créer son DMP et donner l'autorisation aux professionnels de santé d'y accéder pour le consulter et l'alimenter avec des informations pertinentes. L'objectif du DMP est de favoriser une meilleure coordination des soins, conduisant à une amélioration de leur qualité et de la continuité des soins. En 2011, la mise en œuvre du DMP a démarré partiellement dans quelques établissements de santé pilotes, dont le centre hospitalier de Troyes. D'après leur expérience, le bilan est positif et bénéfique pour le patient [55].

Les professionnels de santé partageant le même patient, vont également partager les informations médicales le concernant, dans un parcours de soin coordonné. Le problème des « perdues de vue » sera limité, voire résolu. En attendant une généralisation du DMP, Espace Pro AMELI propose un service de consultation en ligne aux médecins généralistes pour les assurés de la CPAM, des prescriptions et examens réalisés qui permet de vérifier si un FCU a été réalisé dans l'année.

3.2. Une consultation ciblée à la prévention

Les femmes demandent souvent des avis sur des questions gynécologiques lors de consultations dont le motif est différent. Le manque de temps et la pression de la salle d'attente obligent souvent les généralistes à reporter cette demande. Toutefois, les médecins peuvent profiter de chaque opportunité pour aborder des sujets de prévention comme le dépistage du cancer du col utérin. Les consultations ayant un motif banal, comme une rhinite ou un certificat de l'aptitude à la pratique des sports, peuvent servir ce but. La création de consultations entièrement dédiées à la prévention pourrait promouvoir le dépistage des cancers, le sevrage du tabac, la vaccination et les conseils hygiéno-diététiques.

Une étude au sein de la consultation de médecine générale hospitalière [56] a montré que les patients souhaitent une consultation de prévention « pour parler de leur santé globale » dans 71 % des cas. Cependant, les médecins ont estimé qu'une consultation dédiée à la prévention serait justifiée dans seulement 30 % des cas. Plus d'une fois sur deux, il y avait discordance entre le désir du patient d'avoir une consultation de prévention et son utilité d'après le médecin. Cette discordance suggère qu'il faudrait bien définir le cadre et les attentes d'une telle consultation. Quoique les résultats de l'enquête ne puissent pas être considérés comme représentatifs des consultations de médecine générale de ville, la mise en place de consultations périodiques dédiées à la prévention, semble être une mesure adaptée pour améliorer la prévention.

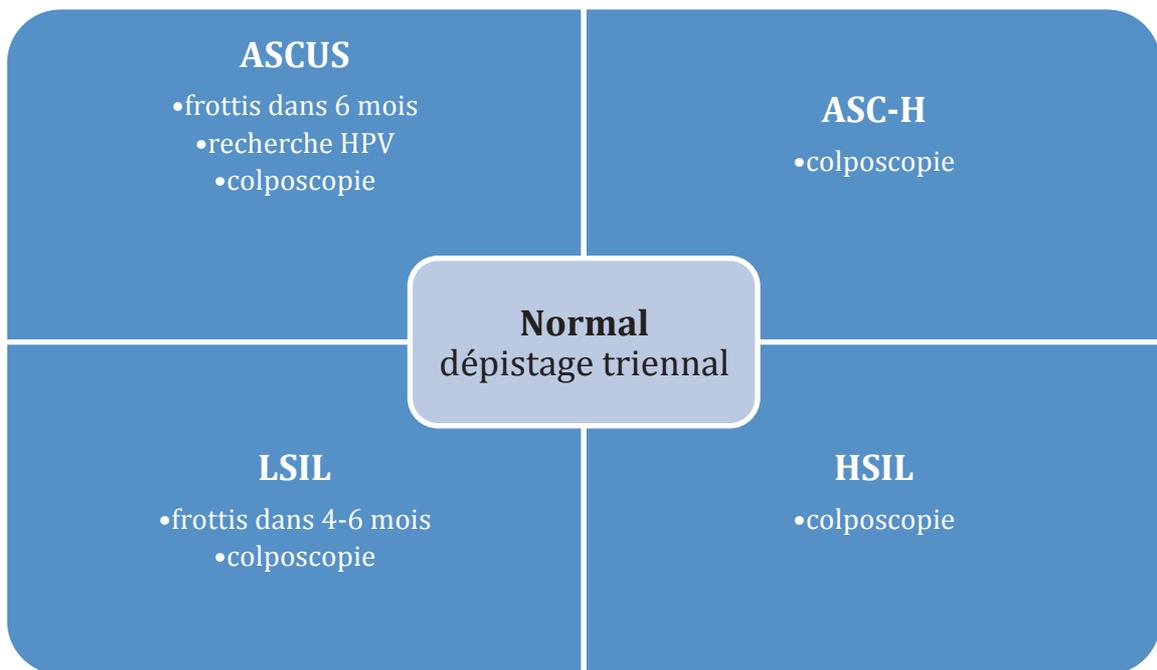
3.3. Le dépistage organisé

La loi dite « HPST », relative à l'Hôpital, aux Patients, à la Santé et aux Territoires a été promulguée en juillet 2009 [57]. Elle a inscrit dans le Code de Santé Publique (article L 4130-1) les missions du médecin généraliste de premier recours. Parmi ces missions, figurent le dépistage et la synthèse des informations transmises par les professionnels de santé. L'affirmation législative de la coordination du dépistage par le médecin généraliste est une véritable avancée. Si on tient compte des réflexions de certains médecins interviewés sur le dépistage du col de l'utérus, on constate la difficulté de prendre en charge ce rôle. Cependant, ils assurent la coordination du dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal. Ce rôle paraît plus facile à assumer quand le dépistage est organisé par une instance. La mise en place, pour le cancer du col de l'utérus, d'un dépistage organisé devient primordiale. Le dépistage individuel, qui se base sur la motivation des femmes ou des médecins, se révèle insuffisant.

3.4. Un outil pour simplifier les recommandations de l'ANAES

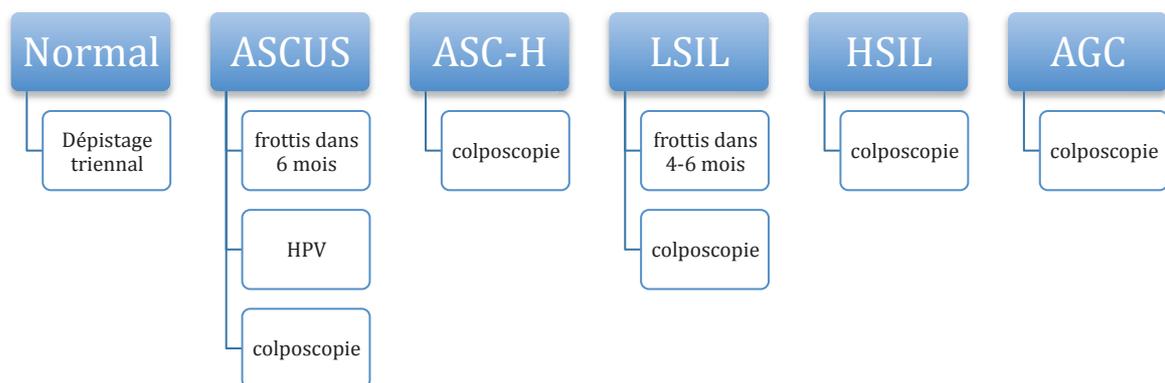
Sachant la pléthore des recommandations professionnelles destinées aux médecins généralistes, un algorithme résumant les recommandations de l'ANAES pourrait être un outil indispensable pour analyser rapidement le compte-rendu cytologique.

J'en propose deux à la suite :



Algorithme n°1 pour la conduite à tenir devant un frottis cervico-utérin.

soit



Algorithme n° 2 pour la conduite à tenir devant un frottis cervico-utérin

3.5 Pistes de recherche

Des axes de travaux complémentaires ont été identifiés tout au long de mon enquête et pourraient aider à approfondir les mécanismes intervenants dans la prise en charge des patientes ayant un frottis cervico-utérin anormal :

→ Un deuxième entretien auprès des médecins de mon étude afin d'évaluer un changement de leurs pratiques vis-à-vis des frottis anormaux, suite à l'interview.

→ Une étude qualitative auprès de patientes ayant présenté un frottis anormal portant sur leur ressenti à l'annonce du résultat et sur la prise en charge par leur médecin traitant.

→ Une étude à plus grande échelle, de façon à avoir une vision plus large sur la prise en charge des frottis anormaux par les médecins généralistes. La grille des items de l'enquête pourrait s'appuyer sur les résultats de mon étude. Elle pourrait se réaliser à l'aide des questionnaires auprès de médecins généralistes ou sur les dossiers médicaux de patientes ayant eu un frottis anormal.

→ Une étude auprès des médecins généralistes pourrait mesurer l'impact de l'algorithme proposé ci-dessus dans la pratique quotidienne. Par exemple, les médecins pourraient juger de son utilité après s'en être servi devant une dizaine de comptes-rendus cytologiques.

CONCLUSION

Le cancer du col de l'utérus constitue une menace évitable pour la santé publique grâce à un examen de dépistage : le frottis cervico-utérin. En France, le dépistage du cancer du col de l'utérus est individuel et sa réalisation s'appuie sur l'initiative du médecin ou de la patiente. La prise en charge des frottis anormaux en médecine générale n'a pas été explorée auparavant. Je me suis intéressée à cette question et j'ai choisi de réaliser une étude qualitative auprès de professionnels en soins primaires pour comprendre comment les médecins généralistes prenaient en charge ces frottis anormaux.

Au cours des entrevues, les médecins rencontrés ont restitué leur approche globale des patientes présentant une cytologie anormale. La prise en charge comprend la réalisation ou la prescription du frottis, l'interprétation par l'anatomo-cytopathologiste, le retour d'information, l'annonce du résultat, la conduite diagnostique, la surveillance ou la consultation spécialisée ainsi que l'accompagnement de la femme, dans son contexte psycho-social et environnemental.

Le premier résultat de l'étude est l'adhérence des médecins généralistes aux recommandations de l'ANAES, sur la conduite à tenir devant un frottis anormal, mais souvent de façon partielle, adaptée selon eux aux diversités des patientes. Néanmoins, leurs pratiques devant un frottis pathologique sont conformes aux recommandations actuelles.

Le deuxième résultat est que les médecins participant à l'enquête sont insatisfaits du retour d'information par manque de communication avec leurs confrères gynécologues. Un réseau, bien établi parmi les acteurs de santé impliqués au dépistage du cancer du col de l'utérus, améliore le retour d'information. Des relations de qualité avec les cytopathologistes sont également nécessaires.

Dans le cadre des soins préventifs, mon étude montre que la relation établie sur une longue période par le praticien lui permet de prendre en charge les patientes selon leurs désirs et angoisses afin de les amener à protéger leur santé.

Des pistes de recherche complémentaires pour affiner cette question apparaissent. Le point de vue des patientes ayant un frottis anormal reste encore à explorer. L'analyse de leur relation avec leur médecin traitant suite à une cytologie pathologique peut apporter des renseignements à confronter aux dialogues avec les médecins. Existe t-il une discordance des points de vue des patientes et des médecins ?

Du fait de l'utilisation d'une méthode qualitative, les résultats qui découlent de cette étude pourraient être étayés sur des échantillons plus grands de médecins généralistes. Les deux algorithmes proposés aux médecins généralistes pourraient être testés dans la pratique quotidienne.

Ce travail a probablement suscité chez les médecins participants, une réflexion quant à la qualité de leurs dossiers et leur implication dans le dépistage du cancer du col de l'utérus. Une deuxième rencontre à distance avec eux pourrait apporter des renseignements sur un éventuel impact des réflexions générées par les entretiens.

Des solutions pour une meilleure prise en charge des patientes ayant un frottis anormal peuvent être proposées :

- ◆ L'utilisation du Dossier Médical Personnel avec une meilleure circulation de l'information envers les différents interlocuteurs.
- ◆ Une consultation de dépistage où le médecin et le patient prennent leur temps pour parler des problèmes de santé et de la place des dépistages à réaliser.
- ◆ La mise en place d'un dépistage organisé national permettant la convocation systématique des patientes concernées, libérant le praticien de cette tâche.
- ◆ L'utilisation d'un outil simplifié indiquant la conduite à tenir préconisée en fonction du résultat du frottis.

GLOSSAIRE

Dépistage individuel (ou opportuniste) : la population est recrutée lors d'un recours aux soins (consultation médicale, centre de santé ou de dépistage, médecine du travail, hospitalisation).

Dépistage organisé ou communautaire : le dépistage est proposé systématiquement à l'ensemble de la population cible dans la communauté. La participation est volontaire, mais le dépistage s'inscrit dans une politique de dépistage précise, avec des tranches d'âge, des fréquences et des procédures. Il repose sur une équipe responsable de la gestion du programme.

Dépistage systématique (ou « de masse ») : population recrutée non sélectionnée

Incidence standardisée (taux par personne et par an) : Moyenne pondérée des incidences spécifiques de plusieurs classes d'âge. Les poids sont les pourcentages de personnes dans ces classes d'âge dans une population type (standard). C'est donc l'incidence qu'on observerait dans la population d'étude si elle avait la structure d'âge de la population standard.

Mortalité standardisée (taux par personne et par an) : Moyenne pondérée des mortalités spécifiques de plusieurs classes d'âge. Les poids sont les pourcentages de personnes dans ces classes d'âge dans une population type (standard). C'est donc la mortalité qu'on observerait dans la population d'étude si elle avait la structure d'âge de la population standard.

ANNEXES

ANNEXE 1.SYSTÈME DE BETHESDA 2001

Encadré 1. SYSTÈME DE BETHESDA 2001 (résumé)

QUALITÉ DU PRÉLÈVEMENT

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

INTERPRÉTATION/RÉSULTAT

- Absence de lésion malpighienne intra-épithéliale ou de signe de malignité (*NIL/M*).

S'il y a lieu, préciser :

- présence de micro-organismes : *Trichomonas vaginalis* ; éléments mycéliens, par exemple évoquant le candida ; anomalies de la flore vaginale évoquant une vaginose bactérienne ; bactéries de type actinomyces ; modifications cellulaires évoquant un herpès simplex ;
- autres modifications non néoplasiques : modifications réactionnelles (inflammation, irradiation, ou présence d'un dispositif intra-utérin) ; présence de cellules glandulaires bénignes post-hystérectomie ; atrophie.

- Anomalies des cellules malpighiennes :

- atypies des cellules malpighiennes (ASC) : de signification indéterminée (ASC-US) ou ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (ASC-H) ;
- lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade (LSIL), regroupant koilocytes/dysplasie légère/CIN 1 ;
- lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (HSIL), regroupant dysplasies modérée et sévère, CIS/CIN 2 et CIN 3. Le cas échéant présence d'éléments faisant suspecter un processus invasif (sans autre précision) ;
- carcinome malpighien.

- Anomalies des cellules glandulaires :

- atypies des cellules glandulaires (AGC) : endocervicales, endométriales ou sans autre précision (NOS) ;
- atypies des cellules glandulaires en faveur d'une néoplasie : endocervicales ou sans autre précision (NOS) ;
- adénocarcinome endocervical *in situ* (AIS) ;
- adénocarcinome.

- Autres (liste non limitative) :

- cellules endométriales chez une femme âgée de 40 ans ou plus.

Préciser si l'examen est automatisé et si la recherche des HPV a été réalisée.

Notes et recommandations concises, formulées en termes de suggestions, et si possible accompagnées de références.

Site Internet : <http://bethesda2001.cancer.gov>

ANNEXE 2. GUIDE D'ENTRETIEN

1. Présentation de mon sujet et projet de thèse

Bonjour, je m'appelle Dimitra Giannaka et actuellement je suis en fin d'internat de médecine générale. Dans le cadre de ma thèse en médecine générale, je souhaite réaliser des entretiens avec des médecins généralistes de l'agglomération du Havre. Mon but est d'étudier la prise en charge d'une femme ayant un frottis anormal. L'entretien sera enregistré si vous acceptez bien sûr, mais il reste parfaitement confidentiel et anonyme. Vos coordonnées ne seront pas enregistrées.

2. Données démographiques

Age du médecin, années d'installation, milieu d'exercice, mode d'exercice, maître de stage ou pas, formation en gynécologie.

3. Gynécologie et prescription/réalisation du frottis

- a. Est-ce que vos patientes vous consultent souvent pour des problèmes gynécologiques ?
- b. Est-ce que vous pratiquez des frottis ? Sinon, comment faites-vous ?
 - Relance : Si vous ne pratiquez/prescrivez pas des frottis, vous assurez-vous de leur réalisation auprès de vos patientes ?
- c. Lors de la réalisation/prescription du frottis, parlez-vous de l'éventualité d'un frottis anormal ?

4. Dossier médical et compte-rendu cytologique

- a. En ce qui concerne le dossier médical, est-il à jour pour le frottis ?
 - Relance : Avez-vous un dossier informatique ? Est-ce qu'il y a des alarmes ?

- b. Qu'est-ce qui vous paraît important quand vous recevez le compte-rendu ?
 - Relance : Prêtez-vous attention à la classification utilisée?
- c. Comment informez-vous les patientes concernant les résultats du frottis?
 - Relance : Si le frottis est pathologique, est-ce que cela change la façon d'informer vos patientes ?

5. Quelle conduite à tenir devant un frottis anormal? Recommandations de l'ANAES

- a. Qu'est-ce que c'est un frottis anormal pour vous ?
- b. Quand une de vos patientes a un frottis anormal, comment faites-vous ?
 - Relance : Votre conduite à tenir est-elle toujours la même ? Sinon, quels facteurs influencent votre décision chaque fois ?
 - Sur quoi appuyez-vous pour vos pratiques ? Par exemple, expérience professionnelle, formation ?
- c. Connaissez-vous les recommandations sur la conduite à tenir devant un frottis anormal, publiées par l'ANAES en 2002 ?
- d. Est-ce que vous connaissez le test HPV (papillomavirus humain)?
 - Relance : Comment vous l'utilisez ? Pour quelles patientes?

6. Trois cas cliniques - ASCUS, HSIL, LSIL

- a. Si vous recevez une femme de 40 ans, sans antécédent personnel, avec un frottis qui montre des lésions ASC-US, que faites-vous ?
- b. Si vous recevez une femme de 40 ans, sans antécédent personnel, avec un frottis qui montre des lésions LSIL (lésions de bas grade), que faites-vous ?
- c. Si vous recevez une femme de 40 ans, sans antécédent personnel, avec un frottis qui montre des lésions HSIL (lésions de haut grade), que faites-vous ?

7. Suivi. Communication avec le gynécologue.

- a. Êtes-vous à l'aise pour expliquer à la patiente les résultats du frottis pathologique et les actes diagnostiques et thérapeutiques qui vont suivre par le spécialiste?
 - Relance : Est-ce la même situation si vous avez fait le frottis vous-même ou si vous recevez le compte-rendu d'un frottis réalisé par un confrère ?
- b. Concernant la prise en charge et le suivi des femmes avec un frottis pathologique, quelles sont les difficultés que vous y rencontrez ?
- c. Êtes-vous tenus au courant des résultats des frottis réalisés par les gynécologues?
 - Relance : Est-ce qu'il y a un bon retour d'information par le gynécologue?
Est-ce que la patiente revient vous voir en consultation, après la consultation avec le spécialiste ?

BIBLIOGRAPHIE

1. La situation du cancer en France en 2011. Collection Rapports & synthèses, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, octobre 2011. Disponible : <http://www.e-cancer.fr/publications/69-epidemiologie/574-la-situation-du-cancer-en-france-en-2011>
2. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Rapport technique. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2011. 78 p. Disponible : <http://www.invs.sante.fr>
3. Le cancer du col de l'utérus en France : état des lieux 2010, Collection Rapport et synthèse. INCa. Boulogne-Billancourt, Juillet 2010. Disponible : http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/9406-le-cancer-du-col-de-luterus-en-france-etat-des-lieux-2010
4. Papanicolaou GN, Traut HF. Cancer of the uterus : the vaginal smears in its diagnosis. California and Western Medicine 1943 ; 59 (2) : 121-122.
5. Prescrire. Stratégies. Dépister les cancers du col de l'utérus. La revue Prescrire 2010 ; 30 (317) : 193-202.
6. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Argumentaire. Haute Autorité de Santé. Juillet 2010. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/argumentaire_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
7. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal. Actualisation 2002. Recommandations. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Septembre 2002. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/frottis_final_-_fiche_de_synth_350se_2006_11_20_19_46_10_585.pdf
8. Gompel C. Dépistage du cancer du col utérin. Paris ; Maloine ; mai 2005.

9. Duport N. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus - État des connaissances - Actualisation 2008. Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice. Mai 2008. Disponible :
http://www.invs.sante.fr/publications/2008/cancer_col_uterus_2008/index.html
10. Cochand-Priollet B, Ziol M, la commission « frottis cervico-utérins » de l'AFAQAP. Le point sur le Système de Bethesda 2001. Ann Pathol 2006 ; 26 : 382-8.
11. Tredan O, Ray-Coquard I, Arnaud A, Racadot S, Guastalla JP. Tumeurs du col utérin, tumeurs du corps utérin. La Revue du Praticien 2011 ; 61 : 1435-1442.
12. Munoz N, Jacquard AC. Quelles données épidémiologiques sont nécessaires pour la mise en place de la vaccination contre le papillomavirus humain ? Presse Med 2008 ; 37 (10) : 1377-1390.
13. Monsonogo J. Infections à papillomavirus. État des connaissances, pratiques et prévention vaccinale. Paris ; Berlin ; Heidelberg ; Springer : 2006.
14. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie/ Titre II. Dispositions relatives à l'organisation de l'assurance maladie/ Section 1 : Haute Autorité de Santé. Publiée au Journal Officiel de la République Française n° 190 du 17 août 2004 page 14598, texte n° 2, articles 35-36. Disponible :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158&dateTexte=&categorieLien=id#JORFSCATA000000906631>
15. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2012-Tome I. Paris.
16. Attal-Toubert K, Vanderschelden M, Drees. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Études et résultats n°679, février 2009. Journal de pédiatrie et de puériculture 2009 ; 22 : 245-253.
17. Trépos JY, Laure P. Médecins généralistes et recommandations médicales: une approche sociologique. 7^e Journée recherche de la HAS. L'impact des recommandations. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 2008 ; 56S : S221-S229.

18. McKenna H, Ashton S, Keeney S. Barriers to evidence based practice in primary care: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies* 2004 ; 41 : 369-378.
19. Graham RP, James PA, Cowan TM. Are clinical practice guidelines valid for primary care ? *Journal of Clinical Epidemiology* 2000 ; 53 : 949-954.
20. Gondry J, Sevestre H, Denoual I, Boulanger JC. Conduite à tenir devant un frottis anormal. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Extrait des mises à jour en gynécologie et Obstétrique. Tomme XII. 22èmes Journées Nationales, Paris, 1998 : 119-142.
21. International Agency for Research on Cancer (IARC/CIRC). European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Second edition. Luxembourg, 2008. 324p.
22. Blanc B. Le dépistage du cancer du col de l'utérus. Paris ; Berlin ; Heidelberg ; Springer : 2005.
23. Baldauf JJ, Monsonogo J, Cartier I, Levêque J et al. La prise en charge des frottis avec ASC-US. Prise en charge des lésions de bas grade (LSIL). Le problème des « glandulaires ». Prise en charge d'un frottis cervico-utérin anormal chez une patiente vaccinée. 34^e Congrès National de la Société Française de Colposcopie et Pathologie Cervico-Vaginale (SFCPCV). Paris, janvier 2011. 24p.
24. Brillac T, Freyens A, Rougé Bugat ME, Bismuth M, Escourrou B, Abitteboul Y et al. Quelle prise en charge après frottis cervico-utérin ? *La Revue du praticien Médecine Générale*, 2010 ; 24 (840) : 331-336.
25. Borgès Da Silva B. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. *Revue médicale de l'Assurance Maladie* 2001 ; 32 (2) : 117-121.
26. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrillat L et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer* 2008 ; 19 (84) : 142-145.
27. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Série « L'enquête et ses méthodes ». Paris ; A. Colin (2^{ème} édition) : 2007.

28. Pasquier E. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale [mémoire]. Lyon; Université Lyon Nord : 2004.
29. Dias S. État des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France [thèse]. Paris : Université Paris Diderot - Paris 7 ; 2010.
30. Karasz A, McKee MD, Roybal K. Women's experiences of abnormal cervical cytology : illness representations, care processes, and outcomes. *Ann Fam Med* 2003 Nov-Dec ; 1(4) : 196-202.
31. Monsonogo J, Cortes J, Pereira da Silva D, Jorge AF, Klein P. Perception et impact psychologique du frottis anormal en France. *Gynécologie Obstétrique et fertilité*. 2012 ; 40 : 213-218.
32. Chew-Graham C, Mole E, Evans LJ, Rogers A. Informed consent ? How do primary care professionals prepare women for cervical smears : A qualitative study. *Patient Education and Counseling*. 2006 ; 61 : 381-388.
33. Tobias JS, Souhami RL. Fully informed consent can be needlessly cruel. *Brit Med J*. 1993 ; 307 : 1199-1201.
34. Le Manac'h M. Quel praticien pour un suivi gynécologique ? Critères de choix des femmes [thèse]. Rennes ; Université de Rennes 1 : 2009.
35. Ruelle Y. Le médecin généraliste et la coordination du dépistage du cancer du col de l'utérus. Etude du contenu des dossiers médicaux de 32 médecins généralistes lorrains [thèse]. Nancy ; Université Henri Poincaré : 2009.
36. Denis B, Schon G, Ruetsch M, Grall JC, Lévêque M, Meyer JM et al. Dépistage des cancers : auto-évaluation des dossiers médicaux de 37 médecins généralistes. *Presse Méd* 2007 ; 36 (2) : 217-223.
37. Falcoff H. La tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations. ANDEM. Septembre 1996.
38. Descrozailles A. Le statut vis-à-vis du frottis cervico-utérin est-il renseigné dans les dossiers de médecine générale ? Une étude descriptive chez des maîtres de stage franciliens [thèse]. Paris ; Université Paris Descartes – Paris 5 : 2010.

39. Baron RC, Melillo S, Rimer BK, Coates RJ, Kerner J, Habarta N et al. Intervention to increase recommendation and delivery of screening for breast, cervical and colorectal cancers by healthcare providers. A systematic review of provider reminders. *Amer J Prev Med* 2010 ; 38 (1) : 110-117.
40. Lenormand F. CNAMTS. Le système d'information de l'assurance maladie, le SNIIR-AM et les échantillons des bénéficiaires. *Courrier des statistiques* 2005 ; 113-114 : 33-51.
41. Décision du 9 mars 2009 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la création d'un contrat type d'amélioration des pratiques à destination des médecins libéraux conventionnés / Publiée au Journal Officiel de la République Française n° 0093 du 21 avril 2009 ; page 6839 ; texte n° 34. Disponible :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020534299>
42. Bloy G, Rigal L. Avec tact et mesure ? Les médecins généralistes français aux prises avec les évaluations chiffrées de leur pratique. *Sociologie du Travail* 2012 ; 54 : 433-456.
43. Décision du 28 septembre 2011 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie abrogeant la décision du 9 mars 2009 relative au contrat d'amélioration des pratiques à destination des médecins libéraux conventionnés /Publiée au Journal Officiel de la République Française n° 0269 du 20 novembre 2011 ; page 19517 ; texte n° 14. Disponible :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024814291>
44. CNAMTS. Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI). Extrait du rapport de la Commission des comptes de sécurité sociale (septembre 2011) : Fiche éclairage maladie. Disponible :
http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/fiche_eclairage_maladie_capi_sept_2011.pdf

45. Fontaine A. Le dépistage du cancer du col de l'utérus : enquête sur la pratique du frottis cervico-vaginal auprès des maîtres de stage de Basse Normandie [thèse]. Caen ; Université de Caen : 2010.
46. Vacher-Lavenu MC. Implication des pathologistes français au dépistage du cancer du col utérin. *Ann Pathol* 2006 ; 26 : 369-374.
47. HAS. Évaluation des Pratiques Professionnelles. « L'EPP sur le site de la HAS ». Mise à jour du 9 novembre 2006. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/extrait_du_site_epp_nov06.pdf
48. Clerc I, Ventelou B, Verger P. Comportement des médecins généralistes face aux recommandations de bonnes pratiques : où sont les éventuels blocages ? IV^e Congrès International d'Épidémiologie « Du Nord au Sud » / *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 2010 ; 58S : S51-S98.
49. Guerville MA, Paraponaris A, Régi JC, Vaissade L, Ventelou B, Verger P. Les pratiques en médecine générale dans cinq régions : formation médicale continue, évaluation des pratiques et utilisation des recommandations de bonne pratique. DREES. Etudes et résultats n° 708, octobre 2009. Disponible: http://www.drees.sante.gouv.fr/les-pratiques-en-medecine-generale-dans-cinq-regions-formation-continue-evaluation-des-pratiques-et-utilisation-des-recommandations-de-bonne-pratique_4186.html
50. Gueugnier H. Pratique du dépistage du cancer du col utérin en médecine générale. Enquête qualitative auprès de médecins généralistes franciliens [thèse]. Paris ; Université Paris Descartes - Paris 5 : 2012.
51. Lob A. Évaluation du retour d'information des résultats des frottis cervicaux utérins de dépistage auprès des médecins traitants isérois : enquête de prévalence descriptive dans un département pilote en matière de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus [thèse]. Grenoble ; Université Joseph Fourier : 2013.
52. Calgari E. La prise en charge du frottis par le médecin généraliste : étude qualitative par *focus group* sur le ressenti des patientes bas-rhinoises [thèse]. Strasbourg ; Université de Strasbourg : 2012.

53. Guignon N, Lydié N, Makdessi-Raynaud Y. La prévention, comportement de quotidien et dépistages. INSEE. Données sociales - la société française. Édition 2006.
54. Manaouil C. Le dossier médical personnel (DMP) : « autopsie » d'un projet ambitieux ? Médecine et Droit 2009 ; 94 : 24-41.
55. Montagnac R, De Block M, Lasnier P. Le dossier médical personnel (DMP) : un service innovant pour les patients. Néphrologie et Thérapeutique 2013 ; 9 : 181-184.
56. Lelong H, Casadevall M, Haus F, Levezouet CA, Regnier C, Durel B et al. Évaluation des pratiques préventives d'une consultation de médecine générale hospitalière. Revue d'Épidémiologie et de santé Publique 2001 ; 59 : 107-113.
57. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 36 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires/ Publiée au Journal Officiel de la République Française n° 0167 du 22 juillet 2009, article L4130-1.
Disponible :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000020890163&idSectionTA=LEGISCTA000020890165&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20130802>

La prise en charge des patientes ayant un frottis cervico-utérin anormal en médecine générale.

Étude qualitative auprès des médecins généralistes de l'agglomération havraise.

Auteur : Dimitra GIANNAKA

Directeur de thèse : Docteur Bruno Arrestier

Date et lieu de soutenance de thèse : 29 août 2013, Université de Rouen.

Introduction : En France, le dépistage du cancer du col de l'utérus est individuel et repose sur le frottis cervico-utérin. Les défauts de prise en charge des frottis anormaux restent un facteur essentiel du développement des cancers invasifs. L'objectif de cette étude est d'évaluer la prise en charge des frottis anormaux en médecine générale.

Méthode : Une étude qualitative avec des entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de 14 médecins généralistes de l'agglomération havraise.

Résultats : Lors des entretiens, les médecins rencontrés ont restitué leur approche globale des patientes présentant une cytologie anormale. Devant un frottis pathologique, l'idée générale est de savoir si on surveille les lésions douteuses ou si une colposcopie est nécessaire. Bien que les médecins généralistes ne s'approprient que partiellement les recommandations de l'ANAES, sur la conduite à tenir devant un frottis anormal, leurs pratiques devant un frottis pathologique sont conformes à celles-ci.

Discussion : Les attitudes des généralistes s'adaptent aux caractéristiques de leurs patientes. La relation de confiance entre médecin et patiente améliore la prise en charge.

Conclusion : À l'issue de ce travail, la réalisation des études plus étendues est nécessaire afin d'évaluer la validité de ces résultats à plus grande échelle. La mise en place d'un dépistage organisé pour le cancer du col de l'utérus devient primordiale.

Mots clefs : frottis cervico-utérin anormal, cancer du col de l'utérus, dépistage, recommandations, médecine générale.