



HAL
open science

Le profil des femmes qui ne participent pas au dépistage du cancer du col de l'utérus

Sandrine Garson

► **To cite this version:**

Sandrine Garson. Le profil des femmes qui ne participent pas au dépistage du cancer du col de l'utérus. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01136492

HAL Id: dumas-01136492

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01136492>

Submitted on 27 Mar 2015

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.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NICE SOPHIA -ANTIPOLIS

Année 2014

N°

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MÉDECINE GÉNÉRALE

**LE PROFIL DES FEMMES QUI NE PARTICIPENT PAS AU
DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS**

Par GARSON Sandrine

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 25 MARS 2014

DIRECTEUR DE THESE : Dr MALATRASI Georges

JURY DE THESE : Pr BONGAIN André	Président
Pr HOFLIGER Philippe	Assesseur
Pr MICHIELS Jean-François	Assesseur
Dr DELOTTE Jérôme	Assesseur

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er novembre 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen M. BAQUÉ Patrick

Assesseurs M. BOILEAU Pascal
M. HÉBUTERNE Xavier
M. LEVRAUT Jacques

Conservateur de la bibliothèque M. SCALABRE Grégory

Chef des services administratifs Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires M. AYRAUD Noël
M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel	M. LALANNE Claude-Michel
M. BLAIVE Bruno	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BOQUET Patrice	M. LAPALUS Philippe
M. BOURGEON André	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOUTTÉ Patrick	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LE BAS Pierre
Mme BUSSIERE Françoise	M. LE FICHOUX Yves
M. CHATEL Marcel	M. LOUBIERE Robert
M. COUSSEMENT Alain	M. MARIANI Roger
M. DARCOURT Guy	M. MASSEYEFF René
M. DELMONT Jean	M. MATTEI Mathieu
M. DEMARD François	M. MOUIEL Jean
M. DOLISI Claude	Mme MYQUEL Martine
M. FREYCHET Pierre	M. OLLIER Amédée
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. GILLET Jean-Yves	M. SCHNEIDER Maurice
M. GRELLIER Patrick	M. TOUBOL Jacques
M. HARTER Michel	M. TRAN Dinh Khiem
M. INGLESAKIS Jean-André	M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
M. EMILIOZZI Roméo

M. GASTAUD Marcel
M.GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54.02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
----	-----------------------	-------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	DONZEAU Michèle	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FOSSÉ Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	FRANKEN Philippe	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mlle	PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	DIOMANDE Mohenou Isidore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
M.	MAKRIS Démosthènes	Pneumologie
M.	PITTET Jean-François	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A mon président de thèse

Monsieur le Professeur BONGAIN André

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse et de juger ce travail. Merci pour tout ce que vous m'avez appris. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A mon Directeur de thèse

Monsieur le Docteur MALATRSAI Georges

Vous avez accepté de diriger ce travail. Merci de m'avoir accompagné tout au long de cette thèse et de m'avoir conseillé lors de sa rédaction. Vous avez été un réel soutien et un guide. Je vous en remercie.

Aux membres du jury

Monsieur le Professeur HOFLIGER Philippe

Vous avez toujours été présent pendant mes études. Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail. Je vous en remercie infiniment.

Monsieur le Professeur MICHIELS Jean-François

Vous m'avez fait l'honneur de siéger dans mon jury de thèse et vous avez accepté de juger ce travail. Soyez en profondément remercié.

Monsieur le Docteur DELOTTE Jérôme

Vous avez accepté de faire partie du jury de cette thèse. Je vous en remercie.

A tous les médecins qui ont accepté que j'aie rencontré leur patientèle pour ce travail.

A ma famille,

A Guillaume, pour ton soutien et ton amour.

A mes 2 petits bouts Benjamin et Nathan pour la joie qu'ils m'apportent.

A mamie Donna, merci pour tout ce que tu m'a appris et pour l'amour que tu m'apporté. J'aurai aimé que tu partages ce moment.

A mes parents pour votre amour et votre présence au quotidien. Merci de m'avoir soutenu tout au long de ses études.

A mon frère pour son humour et sa joie de vivre.

A la mémoire de mes grands-pères.

A ma grand-mère pour ta gentillesse.

A mon oncle Jean-Luc qui m'a montré le chemin et qui a toujours été présent. Merci aussi à Nancy, Loren et Gary.

A mon oncle Pierre pour ta bonne humeur et tes bons conseils. Merci aussi à Florence pour son aide précieuse et à Jonathan et Natasha.

A mes amis,

A ma poulette Virginie, merci pour ces 25 années d'amitiés. Malgré les kilomètres qui nous séparent, tu es toujours présente. Merci d'être toi.

A Sophie et Pauline, merci de tous les moments de complicités partagées avec vous deux.

A Déborah, pour avoir toujours été présente et pour toutes les heures passées au téléphone.

A Maud, Sabine et Laure pour avoir partagé le début de nos études.

A Delphine, pour tous les bons moments partagés depuis qu'on se connaît.

A Stéphane, Johanne, Camille et Hayfa, pour votre générosité et les bonnes soirées passées ensemble.

A tous mes co-internes, qui ont fait un bout de route avec moi.

A toutes les personnes présentes le jour de ma soutenance, merci beaucoup !

LISTE DES ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de mise sur le marché

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

CIN : Néoplasies cervicales intra- épithéliales

CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer

EGB : Echantillon généraliste des bénéficiaires

FCU : Frottis cervico-utérin

HAS : Haute autorité de Santé

HCSP : Haut comité de Santé Publique

HPV : Papillomavirus Humain

HPV BR : Papillomavirus Humain dit à bas risque oncogène

HPV HR : Papillomavirus Humain dit à haut risque oncogène

InVS : Institut de Veille Sanitaire

INCa : Institut National du Cancer

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection maternelle et infantile

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	9
INTRODUCTION	13
I. Etat des lieux du dépistage du cancer du col de l'utérus	14
1. Epidémiologie	14
2. Histoire naturelle du cancer et prise en charge	15
3. Prévention primaire : la vaccination	19
4. Dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis cervico-utérin	21
II. Le profil des femmes qui ne participent pas au dépistage du cancer du col de l'utérus : étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés	24
1. Objectif de l'étude	24
2. Matériel et méthode	25
2.1 Recherche bibliographique	25
2.2 Choix de la méthode : étude qualitative	25
2.3 Choix du recueil des données	26
2.4 Elaboration du guide d'entretien	27
2.5 Inclusion des patientes et recueil de données	27
2.6 Analyse des données	29
3. Résultats	30
3.1. Données quantitatives	30
3.1.1 Caractéristiques des femmes interrogées	30

3.2 Données qualitatives	31
3.2.1 Connaissances sur le cancer du col de l'utérus, l'histoire naturelle du cancer du col de l'utérus, et la prévention	31
3.2.2 Dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis et connaissances	34
3.2.3 Facteurs de non adhésion	35
3.2.4 Participation aux soins	39
3.2.5 Relation avec le médecin traitant	40
3.2.6 Besoins et attentes des femmes interrogées	42
3.2.7 Améliorations évoquées	43
III. Discussion	45
1. Biais relatifs à l'étude	45
2. Principales conclusions	46
3. Profils des femmes ne participant pas au dépistage du cancer du col de l'utérus	46
A. Le groupe des obéissantes	47
B. Le groupe des transigeantes	47
C. Le groupe des insouciantes	47
D. Le groupe des femmes trop suivies	48
E. Le groupe des négligentes	48
4. Un manque d'information	49
5. La santé et négligence des mères : motifs de non dépistage	50
6. Implication du médecin généraliste : premier acteur de la prévention	51
7. Améliorer la communication	52
8. Favoriser l'auto-prélèvement	53
9. Le dépistage organisé pour certaines femmes	54

CONCLUSION	55
BIBLIOGRAPHIE	57
ANNEXES	66

INTRODUCTION

En 2005, dans le monde, le cancer du col de l'utérus est au second rang des cancers chez la femme en termes d'incidence avec plus de 500 000 nouveaux cas par an et au premier rang en terme de mortalité avec 260 000 décès par an.

En 2013, en France, 3000 nouveaux cas par an sont diagnostiqués, 1000 femmes décèdent ainsi chaque année.

Ce sont les jeunes femmes, de 15 à 49 ans, qui sont les plus touchées. Plus de 50% des décès par cancer du col de l'utérus ont lieu avant 65 ans avec un pic de mortalité à 50 ans. Pourtant, le dépistage des anomalies cytologiques par le frottis cervico-utérin (FCU) a permis au cours de ces 20 dernières années de réduire l'incidence de ce cancer d'environ 3% par an et sa mortalité de 4% par an.

En l'absence de programme de dépistage organisé en France, le dépistage individuel et un traitement plus précoce ont permis la diminution de l'incidence et de la mortalité du cancer du col de l'utérus, le taux de survie relative à 5 ans est d'environ 92% si il est détecté au stade local.

Le nombre de femmes qui en bénéficient est insuffisant : 52 % de la population féminine est sous ou non dépistée, alors que le frottis cervico-utérin semble un geste simple qui permet de dépister des lésions précancéreuses et d'éviter ce cancer.

On peut ainsi affirmer que l'absence de dépistage constitue le facteur de risque majeur de cancer du col de l'utérus.

Pourquoi autant de femmes ne peuvent pas ou ne veulent pas participer à ce dépistage individuel ? Le but de cette thèse est d'apporter des réponses à cette question.

Nous avons choisi pour cela une étude qualitative, réalisée sous forme d'entretiens semi dirigés individuels que nous allons détailler après une revue de la littérature.

I. Etat des lieux du dépistage du cancer du col de l'utérus

1. Epidémiologie

D'après les études épidémiologiques, le cancer du col de l'utérus est au second rang des cancers chez la femme dans le monde, en termes d'incidence avec plus de 500 000 nouveaux cas par an en 2005, et au premier rang en terme de mortalité avec 260 000 décès par an en 2005 (1).

En France, en 2010, le nombre de nouveaux cas de cancer invasif du col de l'utérus est estimé à 2 820, le cancer du col de l'utérus est ainsi le 12e cancer le plus fréquent chez la femme. Le nombre de décès est estimé à 940, ce qui place le cancer du col de l'utérus au 13^{ème} rang des décès par cancer chez la femme en 2010 (2).

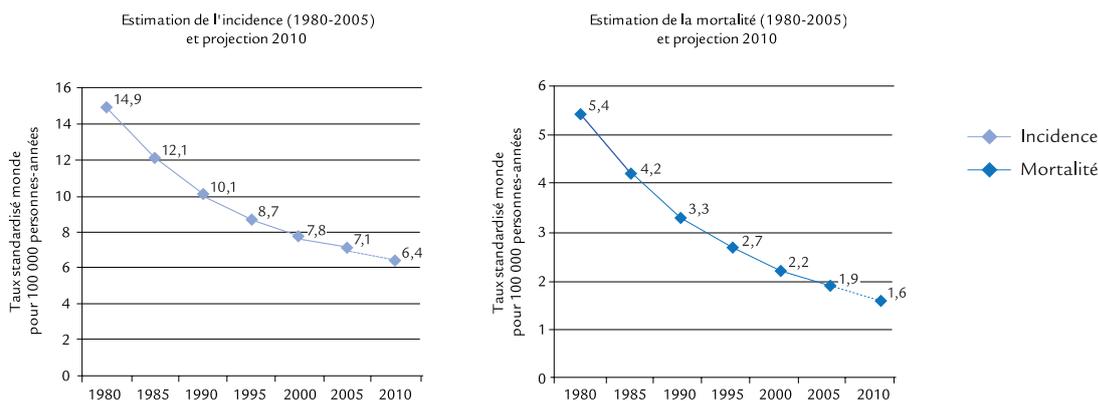
La classe d'âge la plus touchée en terme d'incidence est celle des 15-49 ans (3) et en terme de mortalité celle de 50 -65 ans. Plus de 50% des décès par cancer du col de l'utérus ont lieu avant 65 ans avec un pic de mortalité à 50 ans (1).

Néanmoins, le dépistage des anomalies cytologiques par le frottis cervico-utérin a permis au cours de ces 20 dernières années de réduire l'incidence de ce cancer d'environ 3% par an et de sa mortalité de 4% par an, et ce malgré l'absence d'un programme de dépistage organisé (4).

Cette diminution est vraisemblablement due, en grande partie, au dépistage par le FCU et aux traitements des néoplasies intra-épithéliales cervicales (CIN).

Elle reste toutefois limitée en raison de facteurs sociaux et méthodologiques.

Cancer du col de l'utérus : incidence et mortalité estimées (1980-2005) et projections 2010



Sources : D'après Belot A. et al. Rev Épidémiol Santé Publique, 2008 ; HCL, InVS, Francim, Inserm, INCa, Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2010. Rapport technique. Avril 2010

Le cancer du col est une maladie grave qui se traite relativement bien : la survie relative à cinq ans est de 76 % (5) ; plus favorable chez les femmes les plus jeunes (<45 ans) que chez les femmes les plus âgées (>75 ans).

De plus, ce pronostic s'améliore lorsque ce cancer est dépisté et traité précocement. Lorsqu'il est détecté au stade local, le taux de survie relative à 5 ans est d'environ 92%. Lorsque le cancer est à un stade régional, le taux de survie diminue à 58 %, et chute à 17 % lorsque le cancer est au stade métastatique (6).

Le rôle essentiel du dépistage dans ce cancer apparaît au vu de ces données.

Connaissant les recommandations HAS concernant le dépistage et la prise en charge du cancer du col de l'utérus, on ne peut que s'interroger devant ces données épidémiologiques d'incidence et de mortalité.

2. Histoire naturelle du cancer et prise en charge

Pour rappel, on distingue des papillomavirus :

- les HPV de bas risque (HPV BR) : génotypes 6, 11, 13, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81, 84. Ils ne présentent pas de risque oncogène. Ils sont responsables des condylomes anogénitaux.
- les HPV de haut risque (HPV HR) : génotypes 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59

(7) et les HPV dits potentiellement à haut risque : génotypes 26, 53, 66, 68, 73, 82. Ils sont associés à un risque relatif de développer des lésions précancéreuses et cancéreuses.

Ce cancer est lié à l'infection et la persistance de cette infection par des papillomavirus oncogènes à haut risque qui causent des lésions précancéreuses – les néoplasies cervicales intra épithéliales (CIN) – précédant l'apparition d'un cancer invasif.

Ces lésions sont de type épidermoïde le plus fréquemment (85 %) et se développent aux dépens de l'épithélium para-malpighien exocervical, envahissant le chorion cervical. Elles sont caractérisées par une prolifération de cellules atypiques plus ou moins indifférenciées désorganisant la structure épithéliale.

10% des cancers sont des adénocarcinomes, développés aux dépens de la muqueuse cylindrique endocervicale. Celui-ci ne comporte qu'une seule lésion précédant l'envahissement : l'adénocarcinome in situ.

L'histoire naturelle du carcinome épidermoïde du col de l'utérus comporte plusieurs stades représentés par des lésions histologiques précancéreuses ou CIN correspondant à la hauteur des anomalies dans l'épithélium. 1, 2 et 3. On distingue les dysplasies intra-épithéliales cervicales de bas grade : CIN 1 puis de haut grade CIN 2 et 3. Certains stades sont facultatifs comme les CIN 1 et 2, en revanche, le stade CIN 3 est une étape nécessaire à l'apparition d'un cancer invasif (figure 9 d'après (1)).

A ce stade, les patientes sont souvent asymptomatiques. Le diagnostic est accessible par le frottis cervico –utérin (FCU).

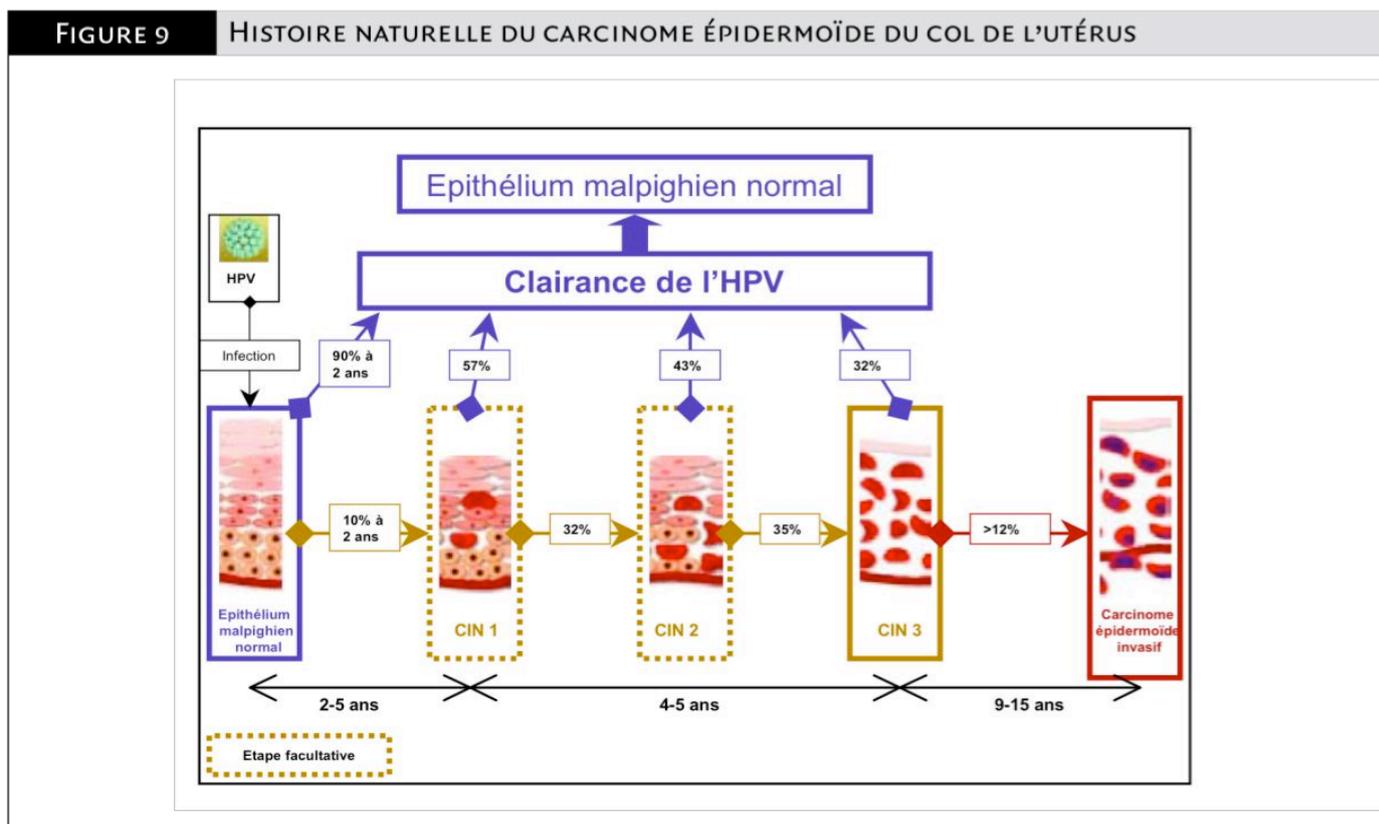
L'évolution vers le cancer invasif se fait généralement lentement: en 7 à 30 ans après l'infection par HPV HR. Dans certains cas, l'infection peut évoluer très rapidement, en 2 à 3 ans vers une lésion précancéreuse (CIN 2 ou 3), puis poursuivre son évolution vers un cancer (8).

Le plus souvent, en particulier chez la femme de moins de 30 ans, les infections à HPV au niveau du col utérin sont inapparentes et transitoires ; les anomalies cytologiques et histologiques qu'elles ont pu induire disparaissent spontanément : c'est ce qu'on appelle la clairance virale (guérison spontanée) (9, 10, 11, 12).

En effet, l'élimination de l'infection virale des HPV ou clairance virale est assez rapide et

fréquente ; environ 70 % des infections disparaissent en 12 mois et 90 % en 24 mois (13, 14, 15).

Pour chaque lésion précancéreuse, il existe une probabilité de régression (de 32 à 57 % en fonction de la gravité de la lésion) vers un épithélium normal, accompagnant la clairance virale, ainsi qu'une probabilité de persistance ou de progression vers un stade plus avancé, et ce y compris pour les CIN 3 (qui ne peuvent être dissociées d'un carcinome in situ) (4, 11, 16).



Le lien causal entre les infections à HPV HR et le cancer du col de l'utérus a été bien établi par le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) et l'organisation mondiale de la santé (OMS) qui classent les deux génotypes HPV 16 et 18 comme agents carcinogènes (17, 18).

L'évolution vers le cancer nécessite bien sûr la persistance de l'infection par l'HPV, mais le fait qu'il s'agisse d'un HPV à haut risque, ainsi que la présence d'autres cofacteurs est fondamental dans le phénomène de carcinogénèse.

A noter qu'il existe des cofacteurs, participant à la persistance de l'infection et à la carcinogénèse :

- l'âge de la patiente,
- le tabagisme actif (>15 cigarettes par jour) ou passif
- la consommation au long cours (> ou = 5 ans) de contraceptifs oraux
- la co-infection par d'autres IST (notamment l'infection par Herpes simplex virus de type 2, à Chlamydiae Trachomatis ainsi que le VIH),
- le statut immunitaire de la patiente (13, 19, 20, 21, 22, 23, 24)
- la charge virale (une concentration élevée serait corrélée à la sévérité du diagnostic histologique en particulier s'il s'agit du génotype 16)
- la persistance de l'infection HPV
- la parité
- le statut ménopausique (13, 20, 23)
- l'âge du premier rapport sexuel
- le nombre de partenaires sexuels au cours de la vie
- le niveau socio économique (il est suggéré qu'un niveau socio économique faible serait un facteur de risque pour de nombreuses pathologies (25)

Au stade suivant, carcinome micro invasif, les cellules malignes ont rompu la membrane basale. Il existe 4 stades d'invasion (cf annexe 1). La prise en charge du cancer du col de l'utérus est détaillée dans un guide ALD HAS- INCa 2010 (26).

Il y est décrit que le diagnostic peut se faire au stade infra clinique par le dépistage par FCU ou devant des symptômes aspécifiques. Le diagnostic de certitude est comme pour tout processus tumoral histologique fait sur un examen anatomopathologique de biopsie et la prise en charge est multidisciplinaire. Le traitement doit tenir compte de l'avis de la patiente notamment concernant sa fertilité et sa sexualité. Il varie selon les stades.

Bien codifiée, la prise en charge de ce cancer est très invasive rapidement, pour des stades précoces de la maladie. On ne peut que constater là encore l'utilité d'un dépistage précoce dans l'espoir de conserver la fertilité des patientes jeunes.

3. Prévention primaire : la vaccination

Il s'agit de prévention primaire, en agissant en amont, avant toute exposition au virus. On parle de vaccins prophylactiques. Cette vaccination a un intérêt augmenté du fait de la difficulté de la prévention de la transmission sexuelle de ces virus. Comme l'HPV est présent sur l'ensemble de la zone anogénitale, l'utilisation du préservatif n'est que partiellement efficace.

Deux vaccins prophylactiques ont reçu l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en France. Il s'agit de vaccins recombinants, composés de protéines L1 de capsid, sous forme de pseudo-particules virales dirigées contre certains génotypes d'HPV et entraînant la synthèse d'anticorps neutralisants.

Ces deux vaccins sont :

- un vaccin recombinant quadrivalent dirigé contre les HPV de génotypes 6, 11, 16 et 18 (Gardasil®)
- un vaccin recombinant bivalent dirigé contre les HPV de génotypes 16 et 18 (Cervarix®).

Le schéma de vaccination comprend 3 doses administrées par voie intra- musculaire à 0, 2 et 6 mois (respectant un intervalle de deux mois entre la première et la deuxième injection, et un intervalle de quatre mois entre la deuxième et la troisième injection) pour le Gardasil®, et à 0, 1 et 6 mois (respectant un intervalle de un mois après la première injection et de cinq mois après la deuxième injection) pour le Cervarix®.

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), dans son avis du 28 septembre 2012, a révisé l'âge de la vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV), ainsi que celui du rattrapage vaccinal, en rappelant que la vaccination est d'autant plus efficace que les jeunes filles n'ont pas encore été exposées au risque d'infection par le HPV.

La vaccination est désormais recommandée pour toutes les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans.

L'une des trois doses de la vaccination contre les infections à papillomavirus humains peut être co-administrée notamment avec le rappel diphtérie-tétanos-coqueluche-poliomyélite prévu entre 11 et 13 ans ou avec un vaccin contre l'hépatite B, dans le cadre du rattrapage vaccinal (27).

Par ailleurs, dans le cadre du rattrapage vaccinal, le vaccin est désormais recommandé pour les jeunes filles et jeunes femmes entre 15 et 19 ans révolus.

Cette vaccination peut être effectuée indifféremment avec l'un ou l'autre des deux vaccins existants. Cependant, ces deux vaccins ne sont pas interchangeables et toute vaccination initiée avec l'un d'eux doit être menée à son terme avec le même vaccin.

D'après des études, ces vaccins prophylactiques, s'ils étaient administrés à une population de jeunes filles « naïves » concernant l'infection à HPV (n'ayant jamais été en contact avec le virus) avec une couverture vaccinale de 100 %, pourraient en théorie prévenir un peu plus de 70 % (voire un peu plus de 80 % si les résultats de l'étude EDITH se confirment dans d'autres études) des cancers du col utérin, cancers qui ne sont actuellement pas évités par le dépistage par FCV (et plus de 90 % des condylomes acuminés pour le Gardasil®).

Dans la population "générale" incluant des sujets pouvant être déjà infectés par les génotypes contenus dans le vaccin lors de la 1ère injection vaccinale, l'efficacité vaccinale est en revanche nettement moindre.

A ce jour, aucun effet secondaire grave n'a été détecté, causé par ces vaccins.

Les deux vaccins sont remboursés par la sécurité sociale à hauteur de 65%.

Il est indispensable de ne pas oublier que ces vaccins ne se substituent pas aux frottis de dépistage dès l'âge de 25 ans.

D'autant que la couverture vaccinale est estimée à moins de 30 % de la population concernée ; et que dans ces 30 %, environ 75 % ont suivi un schéma vaccinal complet (28).

4. Dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis cervico-utérin

En outre, le cancer du col de l'utérus est un candidat idéal au dépistage par son évolution lente et l'existence de lésions précancéreuses curables.

Le test de dépistage de référence des lésions pré- cancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus repose sur un examen cytologique : le frottis cervico-utérin (29). L'ANAES l'a confirmé en 2004 après avoir évalué l'intérêt du dépistage virologique utilisé seul ou en association avec la cytologie.

En France, d'après la conférence de consensus de Lille de 1990 (30) et les publications successives de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) (31,32), il est recommandé aux femmes de 25 à 65 ans de réaliser un FCU tous les 3 ans après 2 FCU initiaux normaux effectués à un an d'intervalle. Ce qui est conforme aux différentes recommandations européennes (33, 34, 35).

Le FCU est un prélèvement de l'exocol puis de l'endocol, au niveau de la zone de jonction qui est la zone de développement de la dysplasie, avec une brosse ou une spatule d'Ayre. Le prélèvement est ensuite fixé sur lame ou mis en suspension dans un liquide. Le prélèvement n'est possible qu'à distance des règles et d'un rapport sexuel, en dehors de toute infection ou traitement local, après traitement oestrogénique chez la femme ménopausée. Il faut éviter de réaliser un toucher vaginal avant le prélèvement et l'usage de lubrifiant. Il est complété d'autres examens en cas de positivité suivant les arbres décisionnels de l'ANAES 2001.

En milieu liquide, le FCU a une sensibilité de 81% et une spécificité de 83%. Sur lame, la sensibilité est de 74% et la spécificité est de 87%.

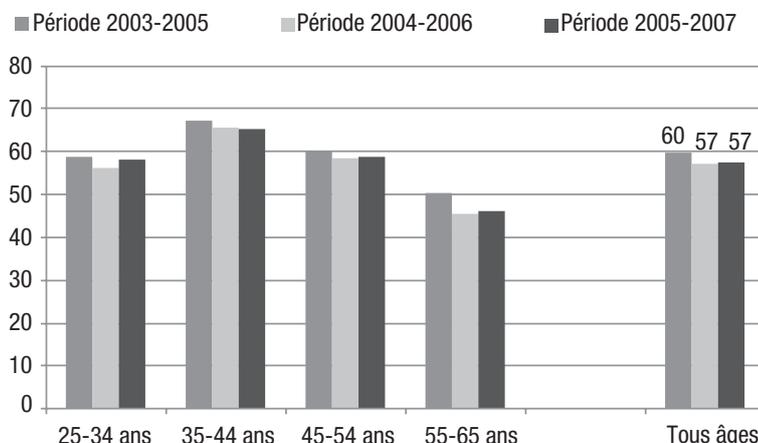
Il est également possible de rechercher l'HPV au niveau du col utérin (ou test HPV). Ce test n'est utilisable et remboursé en France qu'en cas de frottis ASCUS chez la femme de plus de 30 ans.

En France, ce dépistage est non organisé, individuel (également appelé « spontané ») : il repose sur la volonté personnelle, contrairement à d'autres dépistages par exemple le dépistage du cancer colorectal par Hemocult® ou celui du cancer du sein par mammographie.

Plusieurs études ont mis en évidence que le taux de couverture du dépistage par le FCU en France est loin d'être optimal.

Le taux de couverture français serait de 57,4 % selon les données de remboursement issues de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB)¹ (établi entre 2003 et 2008) (36). Ce taux est également disparate selon les tranches d'âge (graphique 4).

GRAPHIQUE 4 • Taux de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin chez les femmes de 25 à 65 ans (en %)



Champ: France métropolitaine, femmes âgées de 25 à 65 ans assurées sociales à la CNAMTS et appartenant à l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB): échantillon permanent représentatif de la population protégée par l'assurance maladie.

Sources: CNAMTS.

En France, la principale problématique de ce dépistage réside actuellement dans son inégalité de répartition (36). Le nombre de FCU réalisés par an en France pourrait couvrir l'ensemble de la population cible (36). Cela correspondrait à une couverture du dépistage de près de 90% si les femmes ne faisaient qu'un seul FCU de dépistage tous les trois ans (37). Près de 51,6% des femmes seraient sous dépistées (pas de FCU en 6 ans ou plus de 3 ans 1/2 entre 2 FCU); 40,6% seraient sur dépistées (rythme entre 2 FCU inférieur à 2 ans 1/2); et 7,9% auraient un intervalle de 3 ans bien respecté entre 2 FCU (38).

Cette problématique d'inégalité est le premier front d'attaque de toutes les politiques de santé publique actuelles comme en témoigne la mesure 14 du plan cancer 2009-2013 (39) qui vise à « lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage ». Pour améliorer ce taux de couverture et arriver à accéder à la population non ou mal dépistée, un dépistage national

¹ L'échantillon généraliste des bénéficiaires est un échantillon permanent, anonyme et représentatif au 1/97e des assurés sociaux et ayants droit. Aujourd'hui composé de 500 000 personnes du régime général d'assurance maladie, il comptera à terme 600000 personnes relevant de l'ensemble des régimes (les trois grands régimes et les régimes spéciaux). Ce panel a pour objectif de suivre dans le temps la consommation de soins des bénéficiaires qui le composent.

organisé s'avère indispensable pour de nombreux experts (40) et a été jugé efficient par de nombreuses institutions internationales (35, 41, 42, 43).

Le médecin généraliste est le mieux placé pour atténuer l'inégalité d'accès au dépistage et augmenter l'offre de frottis. En effet, du fait de sa proximité, en tant que médecin de premier recours, il est un acteur majeur en matière de prévention (44, 45, 46, 47). Une politique ambitieuse de dépistage des cancers passe par une forte mobilisation des médecins généralistes (48).

La « réappropriation » du dépistage du cancer du col de l'utérus par les généralistes est un problème actuel qui a suscité plusieurs travaux. Nombreuses études auprès des médecins généralistes ont identifiés des contraintes organisationnelles : manque de temps (45, 49, 50), motifs multiples de consultation (51), un manque de formation (45) et une rémunération de l'acte insuffisante (52). La gêne du médecin à effectuer un examen intime (50) et le manque de motivation (45, 52, 53) sont souvent cités. Un des principaux freins identifié est le manque de coordination entre généralistes et gynécologues.

D'autre part, du côté des patientes, les principaux facteurs de risque identifiés dans les populations sous ou non dépistées sont l'âge supérieur à 50 ans et les femmes socio-économiquement défavorisées (36, 54). Peu d'études ont été publiées en France dans ce domaine. Les travaux menés à l'étranger montrent que l'origine ethnique et le statut socio-économique semblent être des déterminants importants de l'incidence des cancers du col de l'utérus (55, 56).

II. Le profil des femmes qui ne participent pas au dépistage du cancer du col de l'utérus : étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés

1. Objectif de l'étude

Malgré de grandes avancées dans la prévention, le cancer du col de l'utérus demeure un problème de santé publique majeur. Pourtant, la prévention n'est pas optimale, la morbi-mortalité reste élevée et l'évolution de la démographie médicale laisse craindre des glissements de « non qualité » dans ce domaine.

Devant la complexité des facteurs qui influencent les pratiques, il apparaît à priori, que pour attendre de réelles améliorations, il faut s'appuyer sur la compréhension et l'approche des patientes qui ne peuvent ou ne veulent pas participer au dépistage, problème concernant plus les sciences humaines que les sciences biomédicales (57). Les études socio-anthropologiques (58, 59, 60) insistent sur l'idée que l'optimisation de la qualité des soins ne peut pas reposer uniquement sur une meilleure formation ou organisation sans tenir compte des acteurs eux-mêmes. Il apparaît difficile de comprendre l'acceptation ou le refus d'un frottis sans entendre comment les femmes l'intègrent à leur gestion de l'intime (61). La question de la compliance des patientes suppose d'analyser leurs normes, leurs croyances et leurs valeurs.

Ce travail a pour but d'analyser les logiques plus ou moins implicites qui guident les pratiques des ces femmes échappant au dépistage afin de comprendre les écarts entre recommandations, images officielles et pratiques.

2. Matériel et méthode

2.1. Recherche bibliographique

La recherche de la littérature a été faite sur les bases des données PubMed®, sur les sites institutionnels, sur Google Scholar®, sur la Bibliothèque Interuniversitaire de Médecine et sur la Bibliothèque des sciences humaines et sociales Descartes-CNRS. Les mots clés ont été : « cancer », « utérus », « prévention », « dépistage », « médecine générale », « sociologie ».

2.2. Choix de la méthode : étude qualitative

Pour répondre à une question concernant les valeurs, les croyances et normes des patientes qui échappent au dépistage du cancer du col de l'utérus, la recherche qualitative paraît la plus adaptée (62).

D'abord utilisées dans les sciences sociales et humaines, les méthodes qualitatives ont longtemps été victimes d'une image négative et qualifiées « d'insuffisamment scientifiques ». En réalité, le recours à une méthode de recherche qu'elle soit quantitative ou qualitative relève d'une même démarche scientifique avec élaboration d'une hypothèse, d'une question et d'une méthode adaptée pour y répondre. Le choix de la méthode dépend de la question de recherche.

Une étude qualitative sert à recueillir des informations utiles dans l'environnement du patient en respectant son cadre de référence.

Lors de mon cheminement qui m'a poussé à m'orienter vers ce sujet, pour faire émerger de nouvelles idées et pour étudier la variété des opinions et sentiments de ces femmes qui ne participent pas au dépistage du cancer du col de l'utérus, l'étude qualitative permettait cela.

L'objectif de ce travail est d'étudier l'approche, les normes, leurs croyances et leurs valeurs des femmes qui ne participent pas au dépistage du cancer du col de l'utérus et de trouver dans les expressions de ces femmes des mots et des idées qui soient utiles à entendre pour espérer améliorer ce dépistage.

Il ne s'agit pas uniquement de confirmer ou d'infirmer une hypothèse, mais de mettre en évidence des notions a priori inconnues : il s'agit d'un travail exploratoire.

Les données recueillies seront analysées mais il n'existe pas de catégories prédéfinies pour cette analyse : les catégories apparaissent au fur et à mesure des lectures et par un processus constant d'analyse des données, chaque point considéré comme pertinent est comparé au reste des données, afin d'élaborer autant de catégories qu'il est nécessaire pour refléter toutes les nuances possibles des données.

Il s'agit donc d'un travail par étapes successives mais qui à chaque étape se compare et se réfère aux précédentes. Le discours et les mots sont analysés tout d'abord (analyse discursive), mais ce travail par étapes permet aussi une mise à l'écart du sens apparaissant immédiatement à la lecture du texte, pour laisser émerger éventuellement un sens nouveau.

2.3. Choix du recueil des données

La recherche qualitative autorise plusieurs méthodes de recueil de données. Parmi les plus utilisés, nous citerons les méthodes de consensus (groupe nominal et méthode Delphi) et les entretiens.

Ces derniers peuvent être individuels ou de groupe. Les entretiens individuels peuvent être :

- structurés : les questions restent fixes
- semi-dirigés : la structure est souple avec des questions ouvertes définissant les points à explorer tout en pouvant étudier une idée plus en détail.
- en profondeur : les questions sont moins structurées, ce type d'entretien ne permet d'étudier qu'un ou deux thèmes mais en profondeur.

Les entretiens individuels sont chronophages mais permettent d'analyser en profondeur des points délicats, personnels ou sensibles.

Nous avons choisi des entretiens individuels semi-dirigés.

2.4. Elaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été mis au point par l'auteur de ce travail, en collaboration avec le directeur de thèse, et en référence à la littérature existante sur le dépistage du cancer du col de l'utérus. Il a été testé auprès de deux internes de médecine générale.

Le canevas de ce guide est présenté en annexe 2. Certaines questions ont été regroupées, ajustées ou reformulées pour une plus grande lisibilité et une meilleure pertinence (63).

Les thèmes abordés sont : les connaissances sur le cancer du col de l'utérus, l'histoire naturelle du cancer du col de l'utérus, et la prévention, le dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis et connaissances, les facteurs de non adhésion, la participation aux soins des femmes, la relation avec le médecin traitant, les besoins et attentes des femmes interrogées, les améliorations évoquées par celles-ci.

Des modifications au cours de l'étude ont été apportées. En effet, la technique d'entretien semi-dirigé dans les études qualitatives permet de modifier le guide d'entretien au cours de l'étude en fonction du but de celle-ci et des premiers résultats obtenus.

2.5. Inclusion des patientes et recueil de données

Les patientes ont été recrutées sur la liste de consultation du jour de gynécologie de l'hôpital de l'Archet 2 à Nice, dans la salle d'attente des urgences gynécologiques de l'Archet 2 à Nice, en ville auprès des médecins généralistes : Dr Touboul à Nice, du Dr Léonardi à Nice, des Dr Ismail, Dr Hillali et Dr Attia à La Trinité après que ces médecins aient présentés l'étude à leur patiente et dans les salles d'attentes de consultation pédiatrique des PMI de Nice Ouest et de Nice Lyautey.

Nous avons choisi de recruter des patientes dans les salles de consultations de gynécologie pour des raisons d'accessibilité mais aussi du fait d'une grande diversité de la population féminine au sein de l'hôpital de l'Archet 2. Nous avons pris des cabinets de médecine générale éloignés géographiquement dans Nice. Nous avons pris le choix de recruter des patientes en centre de PMI dans les salles d'attentes de consultation pédiatrique afin de recruter des femmes qui soient plus éloignées du système médical et du dépistage.

Nous avons proposé un entretien aux patientes après s'être assuré qu'elles remplissaient les critères d'inclusion.

Les critères d'inclusion sont les patientes de plus de 25 ans et de moins de 66 ans, n'ayant pas eu de frottis depuis plus de trois ans, ou un suivi irrégulier (c'est à dire un espace de plus de trois ans et demi entre deux frottis) ou jamais de frottis de leur vie.

L'échantillonnage de patients interrogés dans la cadre d'un travail qualitatif ne recherche pas à refléter au mieux la moyenne de la population étudiée : au contraire il doit exploiter la diversité des opinions et des représentations. Ainsi, l'échantillon est raisonné et construit à l'inverse d'un échantillon aléatoire. J'ai sélectionné un échantillon de patientes pour qu'il soit disparate, en fonction de l'âge, de la situation professionnelle, du régime social.

L'entretien s'est déroulé soit dans une salle de consultation de l'hôpital de l'Archet 2, soit au cabinet de médecine générale, soit dans un bureau de la PMI.

L'entretien a été réalisé en suivant le guide d'entretien défini au préalable. Au début de l'entretien, un questionnaire a été remis aux patientes (cf annexe 3). Les critères ont notamment été choisis pour mettre en évidence certaines caractéristiques des populations moins bien dépistées (femmes de plus de 50 ans, populations défavorisées).

Les entretiens ont été intégralement enregistrés, depuis la présentation de l'interviewer (moi-même) et de son travail jusqu'à la fin de la discussion et avec l'accord préalable des patientes. Pendant les interviews, il se peut que l'interviewer ait pris des notes d'observation sur le comportement et les réactions de la patiente.

Le recueil de données a été réalisé entre Septembre 2013 et Décembre 2013. Ce travail a eu lieu avant la campagne radio diffusée nationalement du 11 au 28 Janvier 2014, à l'initiative de l'Institut national du cancer et le ministère des Affaires sociales et de la Santé et de la Semaine Européenne de prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus.

Le nombre de patientes à inclure dans une étude qualitative n'est pas connu initialement. Les entretiens sont poursuivis tant qu'une nouvelle idée émerge. Nous avons choisi de les arrêter lorsque deux entretiens successifs étaient redondants avec les précédents. La saturation des données a été atteinte après 40 entretiens.

2.6. Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot pour permettre l'analyse et l'encodage. Les propos des patientes ont été identifiés par des italiques.

Le principe de l'analyse est de découper, classer, comparer et confronter les paroles recueillies dans ces retranscriptions ou verbatim (64). L'unité de parole codée est un mot, souvent des extraits de phrase ou encore des paragraphes pour permettre de bien cerner l'idée développée par la patiente.

L'étape d'encodage permet de relier les idées développées par les patientes aux thèmes abordés par l'étude (64). De ce fait, l'encodage s'est fait selon les thèmes cités dans le guide d'entretien et qui nous ont semblés pertinents.

Chaque parole pertinente sur le sujet qui nous concerne a donc été relevée et reliée à une occurrence. C'est l'encodage. Tous ces codes ont enfin été réunis dans un document de synthèse permettant une lecture et une analyse plus aisée des résultats obtenus.

L'analyse a été réalisée par l'auteur de ce travail.

3. Résultats

3.1. Données quantitatives

Il est à noter qu'il y a eu 11 patientes, potentiellement éligibles, qui ont refusés de répondre à l'entretien :

- 2 femmes ne voulaient rien dire sur le sujet
- 1 femme ne voulait pas parler de cancer car « c'est horrible »
- 8 femmes n'avaient pas le temps pour l'entretien, ni même pour reprendre rendez-vous avec l'interviewer.

3.1.1. Caractéristiques des femmes interrogées

Au total, 40 femmes ont participé à l'étude, 20 femmes ont été recrutées en salle d'attente de consultations gynécologiques, 10 en cabinet de médecine générale et 10 en PMI.

Il est à noter que 7 femmes ne parlent pas correctement le français, 3 ont été accompagnées d'un proche pour la traduction.

Sur ces 40 femmes :

- 13 femmes sont âgées de 25 à 35 ans, 16 femmes entre 36 et 45 ans et 11 de plus de 46 ans.
- La majorité des femmes vivent à Nice ou agglomérations limitrophes (32 femmes), 4 vivent en milieu semi rural et 4 vivent en milieu rural.
- Deux tiers des femmes sont mariées ou en couple, 13 sont célibataires.
- 34 femmes ont déjà au moins un enfant, 6 seulement n'ont pas d'enfants.
- Un peu moins de la moitié sont sans emploi (18 femmes) (cette catégorie regroupe des mères au foyer), 4 font parties du milieu paramédical, 2 sont cadres, 6 sont employées, 5 ont des métiers de femmes de ménage, , 4 sont retraitées, une est en congés parental et la dernière en formation.
- La moitié des femmes ont un niveau d'études supérieur ou égal au BAC, l'autre moitié a arrêté les études avant le BAC.
- La moitié des femmes sont d'origine française, 9 sont d'origine du Maghreb, 9 d'Afrique Noire et une des pays de l'Est.
- 7 femmes n'ont jamais eu de frottis, 6 ont réalisés leur premier frottis avant l'âge de 25 ans,

7 entre 25 et 30 ans et 10 supérieur à 30 ans, dont 2 supérieur à 50 ans.

- Parmi les 33 femmes ayant eu déjà un frottis au cours de leur vie,
 - 28 l'ont réalisés chez le gynécologue soit 85 %
 - 2 ont été en laboratoire
 - 3 ont été en PMI
- Presque deux tiers des femmes ont un médecin généraliste de sexe masculin (26 femmes), 12 ont un médecin de sexe féminin et 2 n'ont pas de médecin généraliste.
- Presque la moitié des femmes (18 femmes) déclarent consulter leur médecin entre 3 et 6 mois, 12 déclarent le consulter 1 fois par an, 6 tous les mois et 2 n'y vont jamais.
- Au niveau des revenus mensuels, 8 ont un revenu inférieur à 1000 euros, 14 entre 1000 et 1500 euros, 5 entre 1500 et 2000 euros et 13 supérieur à 2000 euros.
- Au niveau du régime social, presque la moitié (18 femmes) sont au régime général, 9 bénéficient de la CMU, 5 bénéficient de l'AME, 4 sont en ALD, 3 sont au régime MSA et une femme bénéficie d'un autre régime.

Toutes les caractéristiques des femmes sont détaillées en annexes 4.

3.2. Données qualitatives

3.2.1 Connaissances sur le cancer du col de l'utérus, l'histoire naturelle du cancer du col de l'utérus, et la prévention

La majorité des femmes n'ont pas eu d'informations claires sur le sujet et ne peuvent pas expliquer quoi que ce soit sur le cancer du col de l'utérus, alors qu'elles ont souvent eu un frottis au cours de leur vie. *Patiente 18 : « Euh, rien, pas grand chose. Surtout, que j'ai pas, je ne connais pas de gens qui ont eu cette maladie. J'ai vu des fois des spots à la télé, mais dire ce que j'ai retenu, pas grand chose. Je sais qu'il faut faire le nécessaire pour se faire dépister avant, mais.... Même le dépistage, je sais pas. C'est pas quelque chose qui est resté en mémoire, parce que... ».*

Souvent, les femmes ont eu un frottis lors de la grossesse ou juste après l'accouchement, mais le manque d'explications est flagrant. *Patiente 30 : « on m'a fait un frottis après*

l'accouchement en 2012, mais on m'a pas expliqué ce que c'était. Non, euh, si j'ai entendu parlé à la télé. Je vois les publicités, mais pas d'informations qui expliquent ça que c'est. »

Certaines pensent que c'est un cancer « comme les autres » et pensent qu'il faut avoir des antécédents familiaux. *Patiente 10 : « Ben, ça le cancer du col, je sais pas, ce que je pense, moi, c'est qu'on a tous le gène et soit on le développe ou soit on ne le développe pas. Est ce que ça peut se passer de parent à enfant, je sais pas, peut-être. » ; Patiente 1 : « c'est un cancer plus ou moins héréditaire. La patiente réfléchit ; mais peut on l'attraper ??? (Très interrogatrice) »*

Le site du cancer est souvent mal intégré ou flou (périnée, col, utérus, ovaires). *Patiente 8 : « les femmes qui ont été sujettes à avoir des kystes ou des trucs comme ça, ben ça se loge dès fois. Enfin, non. Ben, je sais pas si c'est ça, vous voyez, non ?? Moi, on m'a dit ça. » ; Patiente 21 : « Non, je sais pas. Je suppose que le col de l'utérus c'est en bas et qu'il y a un cancer. Ben, je croyais que ça touchait les ovaires aussi, et les frottis ça peut voir le cancer des ovaires. Mais ça touche aussi là où on sort le bébé. Mais je pense que ça peut toucher ailleurs comme la périnée. »*

Les femmes relatent une relation de cause à effet entre fertilité et cancer du col de l'utérus. *Patiente 21 : « Moi, je suis plus trop concernée. J'ai déjà eu des enfants. C'est peut être idiot. Mais si on a le cancer, on a moins de fertilité. Moi, l'envie, c'est fini. Maintenant, je ne peux plus en avoir. Puis en même temps, quand on veut plus d'enfant, c'est moins grave de ne pas le faire. On a plus besoin d'avoir de bons ovaires, donc ... »*

Le cancer du col de l'utérus apparaît comme une maladie angoissante pour les femmes. Il s'inscrit d'une part dans l'univers des cancers avec ses représentations traditionnelles. Le cancer du col de l'utérus est ainsi perçu comme potentiellement grave et pouvant conduire à la mort dans des délais rapides. Le cancer du col de l'utérus est tout de même appréhendé comme une épreuve redoutable à affronter. Le traitement sera, dans l'esprit des femmes, lourd : *Patiente 25 : « Ben, si on a le cancer, y a l'opération, après si on peut pas, c'est la chimio, avec perte des cheveux, être malade, pas supporter l'hospitalisation. »* Psychologiquement, il est aussi ressenti comme une maladie éprouvante, pouvant entre autres remettre en question l'équilibre du couple.

Souvent, les femmes interrogées disent connaître quelqu'un dans leur entourage familial ou amical qui a été touché par le cancer du col de l'utérus : *Patiente 25* : « *J'ai entendu, j'ai vu et j'ai subi la mort d'une copine. Mais c'est vrai que je me suis pas plus renseignée.* » ; *Patiente 26* : « *Ma cousine est morte de ça.* »

Il touche les organes propres à la femme, associés à la sexualité, à la féminité. Les femmes interrogées disent parler assez peu de ce cancer, comme s'il était un peu honteux, tabou.

Ces peurs génèrent souvent des comportements de fuite. Un des premiers réflexes est ainsi de nier ou de relativiser l'intérêt du dépistage. D'ailleurs, ces femmes ne valorisent pas leur comportement. Elles le qualifient souvent d'irresponsable. Et surtout, elles concèdent régulièrement que si elles étaient stimulées, elles seraient susceptibles de réaliser le dépistage. C'est donc qu'à rebours de leur premier réflexe, elles ne remettent pas fondamentalement en cause l'intérêt du dépistage, mais disent qu'il ne leur a pas été suffisamment exposé, qu'il n'a pas encore été suffisamment valorisé pour leur faire dépasser leurs peurs : *Patiente 23* « *Je veux pas, ça va me mettre en panique, ça va me faire encore un truc supplémentaire, Mais ça doit être utile de vérifier* ».

Certaines femmes font le rapprochement avec les rapports sexuels ou le papilloma virus. *Patiente 16* : « *Euh, ... Plus ou moins. Ben, apparemment, c'est un virus qui grignote et qui fait nécrosé. Mais, voilà, je ne me suis pas plus étendu que ça sur le sujet.* » ; *Patiente 17* : « *Je savais pas, mais ça fait un an que je suis là, je me suis mariée en 2010, donc, avant, ... quand on est pas mariée, on est jeune, comment dire on n'a pas de relations et donc on peut pas faire le frottis. Vous comprenez ?* »

Mais cela est difficile de parler de relations sexuelles avec les femmes pour lequel le sujet est tabou, surtout que cela est souvent péjorative : maladie sexuellement transmissible renvoie à une vie sexuelle très active et plutôt dégradante. *Patiente 19* : « *Ca touche la sexualité, c'est très intime... c'est difficile d'en parler* »

Une grande majorité des femmes parlent spontanément de la vaccination pour les jeunes filles, cela étant bien plus médiatisé que le dépistage du cancer du col de l'utérus. *Patiente 22* : « *Non, pas vraiment. J'ai déjà entendu parlé de ça, ma fille, elle a 14 ans, oui, elle a fait le vaccin et tout. J'ai demandé un peu au médecin et il m'a dit, maintenant c'est comme ça. Moi, il m'a dit c'est pas pour vous. Elle a reçu un papier pour le vaccin et elle parti le faire*

mais on ne m'a pas dit d'informations. » ; Patiente 32 : « Par contre, quand j'étais au lycée, on m'a dit qu'il y avait une sorte de vaccin qu'il fallait faire mais j'avais pas de rapport du coup, je ne l'ai pas fait. »

3.2.2 Dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis et connaissances

A propos du rythme, elles pensent très souvent que cela doit se faire 1 fois par an et pensent que le point de départ des frottis est en rapport avec les premières relations intimes, ou lorsqu'on a eu des enfants. *Patiente 10 : « Par un frottis, je crois, en principe, le frottis il doit se faire régulièrement à partir de 45 ou 50 ans, et toutes les années. » ; Patiente 12 : « Je pense que il faut faire régulièrement dès le début de la vie... Ca serait mieux. » ; Patiente 25 : « Euh, un frottis il faut le faire jeune car ma copine elle l'a eu jeune. Pour les ados, c'est quelque temps après leur premier rapport sexuel, c'est mieux de faire la prévention que d'avoir la maladie. Après pour des personnes comme moi (je dis de la trentaine, des mères de famille), il faut mieux les faire chaque année, mais bon. »*

Certaines pensent qu'il faut faire les frottis à vie : *Patiente 20 : « Je pense qu'il faut le faire jusqu'à la fin de la vie. »* Le fait de ne plus avoir de rapport sexuel est une raison d'arrêter le suivi. *Patiente 38 : « Mais bon, je suis plus concernée par cela, maintenant, je suis célibataire, donc, j'en ai plus besoin. »* Ne plus vouloir d'enfant est aussi énoncé comme mettant fin au suivi. Ou le fait d'avoir été vacciné est évoqué comme une raison de non réalisation du FCU. *Patiente 21 : « Mais je pense à ça : j'ai dit à une copine de ma fille à l'époque, je lui avais dit de faire le vaccin. Si je l'avais fait faire à ma fille, au moins, elle aurait plus besoin de faire de frottis. »*

Beaucoup de femmes ont été relativement étonnées lorsque nous avons abordé le frottis, car elles ne savent pas que cela a un rapport avec le cancer du col de l'utérus, elles pensent que cela permet de faire un état des lieux après une grossesse, *Patiente 30 : « Euh, le frottis, c'est à propos quand on accouche, il vérifie si on n'a pas un problème, si il y a pas de problème à l'utérus. »* ou l'idée que cela permet de détecter une infection ou des bactéries est très présente. *Patiente 1 : « Oui, c'est un prélèvement de la flore vaginale, pour détecter des bactéries. Mais quel est le rapport avec le cancer du col. » ; Patiente 19 : « Ça sert à vérifier si tout est normal, si il y a pas d'autres maladies, des infections, que, que y a pas des*

problèmes.» ; Patiente 31 : « Un peu, j'ai une petite idée je pense que c'est pour nettoyer le vagin ou quelque chose comme ça. »

Quelques femmes savent expliquer en quoi consiste le frottis, en précisant qu'il s'agit d'un prélèvement de cellules. Patiente 1 : « Oui, c'est un prélèvement de la flore vaginale ».

3.2.3 Facteurs de non adhésion

Une majorité des femmes disent manquer de temps pour soi et priorise la santé et le bien-être de leur enfant avant leur santé. Patiente 10 : « Non, j'avais pas de réticences à pas le faire. Mais une vie personnelle, trop, (blanc), comment dire ça, sur 4 enfants, j'ai eu 2 enfants handicapés, qui n'ont pas pu être scolarisés dans des classes normales, qui étaient en CLIS, à 25 ou 30 Km du domicile, mais pas au même endroit, donc, j'habitais à Tourette Levens, l'une était à Carros et l'autre était à l'école Saint Roch. Vous voyez les centre de soins, c'était au CMP, y avait un bus par le conseil général le matin et le soir, mais il fallait qu'ils le prennent le matin ou le soir, sinon le transport était supprimé, donc il fallait que je me débrouille la journée pour aller les chercher à l'école, les amener aux soins. J'ai mis ma profession, ma vie de femme, ma santé, ...de côté. Je me suis occupée de ma grand-mère qui est morte en 96, puis après c'est mes parents qui ont été malades, mon père est décédé en 2000, d'un cancer foudroyant au poumon avec métastases aux poumons. » ; Patiente 39 : « Déjà, j'avais pas le temps, je l'avais fait en 96, mais le manque de temps, je l'ai plus fait. Mais on m'avait dit qu'il fallait le refaire. Mais j'ai un enfant handicapé, et donc, il faut que je le prenne avec moi à chaque fois quand je vais quelque part. »

Les mères s'impliquent bien souvent dans la santé de leurs enfants : Patiente 13 : « Mes enfants, je les amène mais c'est normal. Mais bon, autrement, je le vois pas ou j'y vais pour les enfants. ». Elles font vacciner leurs filles et estiment qu'il est important qu'elles soient bien suivies. Patiente 5 : « j'ai ma belle fille, elle a quinze ans, et peut être qu'on peut lui en parler. » ; Patiente 11 : « Moi non, à l'époque, j'élevais mes enfants, je m'occupais pas de ça. Je sais que j'ai fait les vaccins à mes 3 filles, la dernière a 16 ans, elle vient d'avoir le rappel. » Les échanges mères/filles sont alors un élément crucial.

Certaines relatent une habitude de vie à ne pas s'occuper de soi du fait d'un isolement social et d'une certaine marginalisation : *Patiente 5* : « Ben, en fait, je suis une ancienne toxicomanie, du coup, je n'avais pas de suivi. Je voyais jamais le médecin sauf quand j'étais en manque pour avoir une dose. De là, j'ai pris l'habitude de ne pas m'occuper de moi. »

D'autres reconnaissent se faire dépister pour le cancer du sein mais ont une sorte de blocage individuel et évoquent comme justification la jeunesse comme synonyme de bonne santé : *Patiente 23* : « Mais je suis trop prise par les enfants, le travail, les choses comme ça. Et pourtant j'ai ma grand mère qui a eu le cancer de la thyroïde et la poitrine et ça, je fais vérifier tous les 2 ans, mais ça, je le fais jamais. C'est un paradoxe. Car dans ma tête, c'est un truc de vieux, c'est si j'ai des pertes blanches, ça va pas. »

D'autre part, des personnes en moins bonne santé, qui ont à composer au quotidien avec un corps malade : cela va de personnes avec des pathologies lourdes, telles que leur vie est principalement définie par les soins apportés à leur corps malade, à des personnes à l'état de santé général moyen, obligées, à la suite de plusieurs « pépins », de prendre soin d'eux même au quotidien. C'est la volonté de ne plus vouloir en savoir trop qui domine. *Patiente 21* : « Puis, moi, c'est particulier déjà, j'ai plein de truc à faire que je ne fais pas, déjà. Je fais ce qui est vital, mais bon. Déjà, je fais la mammographie environ tous les 5 ans. C'est une question de priorité. Déjà, moi j'essaie d'oublier ce que j'ai. Par la force des choses, je ne peux pas l'oublier, et je fais vraiment ce qui est urgent, ce qui me semble vital, enfin, on se connaît, on pense se connaître, donc je fais ce qui est pas bon pour moi en premier. Déjà, je viens de m'occuper de ma dentition, pour une femme, c'est vachement important les dents et c'est plus important que l'utérus. Voilà, après je fais des priorités. Puis, d'aller chercher plein de chose, c'est fatigant. Puis, mon cas, c'est particulier, depuis que j'ai 28 ans, je suis suivi, je suis fatiguée par tout ça. Quand on a une pathologie lourde depuis longtemps, on arrive plus à ratisser large pour d'autre chose, dans les préventions éventuelles. Ca fait beaucoup de rendez-vous, s'il faut s'occuper de tout. Alors, je vais au plus important. Là, ils sont en train de regarder mon foie, car avec mon hépatite C et le VIH. Moi, j'ai plus envie de chercher, j'ai fait un blocage. Depuis l'âge de 28 ans, on m'a dit tellement de choses, on m'a sorti des trucs que je ne pensais pas avoir ou que j'occultais peut être et c'est vrai que maintenant je ne suis pas une bonne patiente. Je suis une patiente bonne pour ce que j'ai mais j'arrive plus à faire le reste. »

D'autres femmes en bonne santé, qui justement pour cette raison, estiment ne pas avoir à se faire dépister. Selon un axiome répandu du paradoxe du dépistage : je suis en bonne santé, donc je ne suis pas malade, par conséquent il est inutile que je me fasse dépister puisque je suis manifestement non malade. Le dépistage suppose en effet de se prêter à des examens visant à rendre manifeste une maladie qui ne l'est pas. Autrement dit, il faut se considérer comme potentiellement malade, sans avoir les symptômes de la maladie. Ces femmes n'envisagent pas de consulter en l'absence de symptôme, de « problèmes » : *Patiente 19* : « *Du coup, on dit, on a le temps, comme j'ai jamais eu de problème, j'ai pas cherché pour faire simplement une visite. Car là, j'ai pas de problème, donc tout va bien. Les conséquences, je ne les connais pas, je suis inconséquente. Je fais l'autruche car tout va bien.* »

Les raisons avancées sont contrastées selon les générations. Les plus âgées évoquent une prise de conscience qui vaut acceptation de son âge comme un facteur de risque et une prise de responsabilité. Alors que les plus jeunes sont considérées comme insouciantes : *Patiente 12* : « *quand j'avais 20 ans, je m'en moquais, j'avais d'autres choses à penser. J'étais en pleine forme. C'est un peu de la négligence, certainement... Ben, quand on est à la retraite, on vieillit, on pense plus pareil. C'est marrant, mais quand on est jeune, on pense que rien ne peut vous arriver. Et quand on vieillit, on pense que là il nous reste une dizaine d'années à vivre ou peut être plus ou moins, et, alors c'est idiot, ...car on peut mourir à chaque coin de rue, mais on prend plus soin de soi, on est plus attentif. Quand on a un problème on le résout vite. Et puis, j'avais pas de problème quand j'étais jeune, pourquoi j'aurais fait tout ça. C'est un problème qui m'a amené à consulter, voilà...* »

Trop souvent, l'utilité et le rôle du FCU ne sont pas intégrés par les femmes et cela apparaît comme un motif de non participation au dépistage. *Patiente 18* : « *J'avais pas de réticences, mais vu que je ne savais pas pourquoi à quoi ça servait, ben j'ai pas pris la peine d'en faire. Car il y a des choses qui m'intéressent pas trop, car dès fois, on se sent pas atteint par ces choses là tout de suite. On se dit, bon, ça va, j'ai pas ce problème, donc voilà.* » Les femmes ne se sentent pas vraiment concernées : *Patiente 10* : « *Mais avant, ça me venait pas à l'esprit. Car, comment dire, cette maladie, on ne sent pas toujours concerné, vous voyez ce que je veux dire.* »

D'autres femmes ne savaient pas que le dépistage existait, souvent car il y avait un manque d'informations dans leur pays d'origine. Certaines femmes n'avaient jamais entendu parlé de cela. Elles ont été pour la majorité recrutées en centre de PMI et sont toutes bénéficiaires de la CMU ou AME. Certaines patientes ont évoqué une différence de pratique avec leur pays d'origine. *Patiente 9* : « *Je sais pas, je viens de l'entendre aujourd'hui. On devait me faire cet examen aujourd'hui mais ils ont pas réussi. Avant, je savais pas ce que c'était, je sais même pas qu'il fallait faire. Au Sénégal, on m'a rien dit. On ne m'a jamais parlé de ça, ma mère, mes soeurs, ils font pas ça au Sénégal.* » ; *Patiente 31* : « *Je pense pas que c'est important de faire cet examen. Je l'ai jamais fait. Chez nous, personne ne le fait. Même ma mère elle a jamais fait ça.* » Les échanges entre femmes prennent alors une grande importance dans le processus de décision notamment dans les populations immigrées. Elles arrivent souvent en France sans connaître l'organisation de notre système de santé et elles vont demander conseil à leur entourage. *Patiente 14* : « *Si, ah pour le frottis, c'est une copine, enfin une cousine qui m'a expliqué ça. Moi, je le connais pas. Mais quand j'ai parlé à ma cousine, elle est là depuis plus que moi, déjà 10 ans, alors elle m'a expliqué. Elle m'a dit, c'est pour voir si t'as pas des maladies.* »

Quelques femmes ont relaté un accès aux soins difficiles soit du fait du coût ou de l'éloignement : *Patiente 2* : « *Mais en ce moment, je n'ai pas de mutuelle, donc cela me freine bien, pfff...Après, on habite loin, donc pas forcément envie de descendre à Nice, pour faire la visite de contrôle, qui est pas vraiment nécessaire. Puis, il faut trois mois d'attente pour avoir un rendez vous. Je viens vraiment quand cela est vraiment urgent.* », ou du manque de gynécologues en ville : *Patiente 3* : « *Je n'ai plus de gynécologue, donc, j'ai plus fait de suivi. C'est dur d'en trouver et puis j'ai pas cherché. On trouve pas facilement en ville rapidement.* »

La pudeur est mise en avant par quelques unes. *Patiente 4* : « *L'examen gynécologique, je trouve ça intrusif, je bloque. Je ne me sens pas concerné, peu être à tort. Je suis assez pudique* ». Un manque de délicatesse du praticien, dans la conduite de l'examen gynécologique ou une expérience douloureuse peut être déterminant pour la suite. Une femme parle d'un risque de « blocage » : *Patiente 8* : « *Ben, c'est pour ça que j'y ai plus été car la dernière fois où j'y été, ça m'avait fait un mal, ah vraiment, vraiment. Vraiment. C'était rapide mais bon, j'ai plus refait. Mon accouchement, ça était une catastrophe, une catastrophe. Ah ouais, ouais...Je ne supporte plus qu'on me touche en bas, c'est difficile.*

Même les rapports, j'ai un rapport tous les ... J'ai pas beaucoup de rapports, rien, depuis longtemps. J'ai été bloqué. »

Parfois, la non participation n'a rien à voir avec le geste du FCU lui-même, et tient uniquement à la « mauvaise volonté » des personnes. C'est le cas de cette femme, très intégré socialement et plutôt convaincu par la prévention : *Patiente 23 : « Je sais pas, c'est parce que les gens, ils sont pas de bonne volonté, en fait, c'est pas le système qui va pas. C'est qu'on n'a pas le temps, pas de bonne volonté. »*

D'une manière générale, on trouve peu femmes qui ne confesse une certaine appréhension du résultat du FCU : *Patiente 8 : « J'ai laissé trainé. Vous voyez, j'ai tellement peur que je recule. Dès que j'ai rendez-vous, j'ai peur, alors, alors je recule le rendez-vous. Parce que j'ai tellement peur de ça, vous voyez, ... J'ai peur de ça du cancer. Vous voyez. »*. La peur de savoir apparaît comme un facteur de non adhésion au dépistage : *Patiente 13 : « Et puis c'est le résultat aussi, je préfère ne pas savoir. »*

3.2.4 Participation aux soins

La participation des patients est le plus souvent associée aux patients qui prennent leur responsabilité d'avoir un mode de vie sain : *Patiente 18 : « Je vais essayer de faire attention si vous voulez, à ce que je mange, mais c'est vrai que je vais pas assez voir mon médecin pour faire attention. »*, et de rechercher des informations sur leur état. Les exemples de participation se limitent parfois au respect des instructions des médecins, au respect des traitements et médicaments prescrits.

Les femmes atteintes de pathologies chroniques parlent d'une participation plus active. Cela suggère qu'elles améliorent leurs connaissances sur leur état et la manière de gérer la maladie et surveillent leurs traitements. Pour elles, la participation est synonyme de responsabilité. Avoir un mode de vie sain, aller voir le médecin quand on est malade : *Patiente 21 : « Oui, je suis rigoureuse pour le traitement que je prends à vie. Cela je l'oublie jamais. Ben non, pas entièrement satisfaite, y a des choses que je laisse de côté. »* ; *Patiente 23 : « Ben, oui, maintenant, j'ai eu un By pas, donc je suis plus consciencieuse. Oui, ça va, je suis satisfaite. Je ne suis pas spécialement malade, donc, je m'en tire bien. »* ; *Patiente 38 : « oui, je*

m'occupe de moi. Quand j'ai mal au dos, je vais de suite voir le médecin. »

Aucune n'a évoqué adopter une démarche préventive.

Certaines reconnaissent une certaine négligence lors de la découverte d'une maladie : *Patiente 10* : « *Ben c'est sûr, parce que... Je crois que maintenant je le paie peut-être cher. Surtout d'un point de vue psychologique... C'est un peu de la négligence. »*

Quelques unes reconnaissent une non participation dans leurs soins car souvent la réalité et la maladie font peur, alors nier est souvent plus simple. *Patiente 25* : « *Non, pas du tout. Ben, parce que j'ai un problème à la thyroïde et le traitement, il est dans le placard, je le prends pas. J'ai été une fois voir le médecin pour cela, je devais faire une prise de sang et une échographie et je l'ai pas fait. »*

3.2.5 Relation avec le médecin traitant

Le fait de consulter régulièrement son médecin traitant ou que très occasionnellement n'influent pas dans la participation au dépistage des femmes ni même dans leurs connaissances du cancer du col de l'utérus. Les femmes consultant régulièrement leur médecin traitant le voit pour le suivi de pathologies chroniques et la prévention n'est pas abordée souvent car on traite le problème en cours. *Patiente 22* : « *J'y vais souvent, ça dépend, un peu près tous les mois. Car je me suis fait opérer de la thyroïde, donc il faut que je vienne souvent pour les médicaments. »*

Les autres femmes envisagent de consulter leur médecin seulement dans l'urgence pour enrayer un rhume ou autres pathologies bénignes. Dans ce cadre, souvent, le sujet du suivi gynécologique et du dépistage du cancer du col de l'utérus n'y est pas abordé du fait de la rapidité de la consultation : *Patiente 5* : « *Non, j'y vais pour les bronchites. Mais j'ai pas de suivi régulier. »*

Une grande majorité de femmes n'ont jamais abordé le sujet du dépistage du cancer du col de l'utérus avec leur médecin traitant, soit cela ne leur vient pas à l'idée. *Patiente 7* : « *J'en ai jamais parlé, ça ne me viendrait pas à l'idée de lui parler. »* Souvent, elles n'osent pas aborder le sujet spontanément d'elles-mêmes car cela reste encore un sujet tabou : *Patiente 7* :

« c'est trop délicat de parler de ça » ; Patiente 19 : « Non, je n'ai jamais parlé de cancer du col avec elle mais j'ose pas, c'est pas des choses qu'on parle ouvertement... »

Pour certaines, le gynécologue permet de « séparer » le suivi gynécologique du suivi médical : Patiente 27 : « je le verrai pour qu'il m'envoie vers le gynéco mais je préfère me faire suivre par un spécialiste du domaine. »

Elles pensent trop connaître leur médecin généraliste, et la proximité est parfois gênante : Patiente 7 : « Et puis, c'est gênant, c'est mon médecin, je voudrait pas lui parler de choses intimes. C'est mon médecin qui me connaît depuis mes 7 ans quand même ! » ; Patiente 27 : « Ca me gênerait quand même si c'est lui qu'il me le faisait, car je le vois pour mes enfants. Le gynéco on le voit une fois en passant mais le médecin traitant, on le voit plus souvent. »

Alors que d'autres femmes apprécient ce sentiment de familiarité et de confiance avec leur médecin généraliste. Elles le trouvent plus accessible et se sentent « à l'aise » pour aborder ce suivi délicat : Patiente 11 : « J'aime pas aller voir le gynéco, peut-être c'est toutes les femmes comme ça. Mais moi, j'aime pas. C'est pas simple. Mon médecin traitant, c'est pas pareil, je la connais, je la tutoie et elle le fait. » Elles apprécient que ce suivi soit intégré à leur suivi médical général. La notion de « médecin de famille » qui connaît bien les antécédents personnels et familiaux les sécurise : Patiente 21 : « il a tout le dossier ».

Enfin, certaines femmes ignorent totalement que le médecin généraliste soit capable de faire des frottis, à défaut de proposition par leur médecin généraliste : Patiente 2 : « Je ne sais pas du tout si mon médecin fait des frottis. C'est très étonnant comme question. Je pourrais lui poser la question. » ; Patiente 38 : « Je vais pas le voir souvent. Mais on n'a jamais parlé du cancer du col avec mon médecin. Je ne sais pas s'il fait des frottis. C'est pas une question qui me serait venue à l'idée de lui poser. » Souvent, les femmes vont voir régulièrement leur médecin généraliste pour renouvellement de pilule : Patiente 13 : « Ah, mais tous les 3 mois, je vais chez mon médecin pour qui me fasse l'ordonnance pour la pilule. Je lui dit, il me faut ça et il me represcrit. », mais même à cette occasion, le sujet du dépistage du cancer du col de l'utérus n'est pas abordé spontanément par leur médecin : « Ah non, il me parle de rien du tout, non, même la pilule il me demande pas. »

Concernant le médecin généraliste, la commodité et la proximité sont des arguments récurrents, que le milieu soit rural ou urbain : *Patiente 23* : « Ben si, il le fait comme le gynéco, pas de souci, ça serait bien. Chez le médecin traitant, ça serait très bien, on ne serait plus obliger d'aller à droite, à gauche.. »

Elles apprécient qu'en les voyant à diverses occasions, il puisse régulièrement les « rappeler à l'ordre » concernant leur suivi gynécologique. Une femme fait remarquer que lorsqu'elle était sollicitée par son médecin, elle était mieux suivie. *Patiente 6* : « Ben, je sais, avant, avec mon ancien médecin, j'avais souvent des frottis, car il me demandait d'aller voir le gynéco tous les ans ou 2 ans, je crois, pour le frottis. Mais il est parti à la retraite et depuis, c'est vrai, je le fais plus. Mais ce médecin, maintenant, il me dit rien, quand j'y vais. »

3.2.6 Besoins et attentes des femmes interrogées

Le besoin d'informations claires et marquantes est important. Les femmes ont souvent entendues parler du cancer du col de l'utérus mais n'ont retenues aucune informations. *Patiente 10* : « Pas grand chose, c'est vrai que bon, on entend des choses à la télé, y a des pubs, dans les magazines, mais après, vous dire... » ; *Patiente 18* : « J'ai vu des fois des spots à la télé, mais dire ce que j'ai retenu, pas grand chose. »

Beaucoup de femmes ne souhaitent pas avoir d'informations trop détaillées sur le sujet car leurs représentations du cancer sont souvent assimilées à la mort et cela serait une source d'inquiétude. *Patiente 4* : « Non, pas spécialement envie d'avoir des informations. Ça fait peur, j'ai pas envie d'entendre des choses horribles. » ; *Patiente 23* : « Honnêtement, je veux pas, ça va me mettre en panique, ça va me faire encore un truc supplémentaire, ou va falloir que je fasse... »

Par contre, elles se tournent prioritairement vers leur médecin traitant à qui elles accordent beaucoup d'importance. *Patiente 12* : « Ah, ben si je voulais avoir des informations, alors y a plusieurs choses : en premier, y a mon médecin traitant. »

Certaines femmes estiment que les informations reçues ne sont pas assez marquantes et ne marquent pas les esprits. *Patiente 21* : « peut être que si il m'avait montré des images d'un col avec un cancer dernier cri, ou un pourcentage de femmes touchée, peut être que ç m'aurait

touchée. Ca me ferait réagir. » ; Patiente 27 : « Je pense qu'on sait les infos, mais on se dit toujours que cela arrive aux autres et pas à nous. On entend des trucs à la télé. Je pense que pour quelqu'un qui n'est pas du métier, c'est pas assez claire les infos données. Ce qu'on entend, c'est pas assez marquant, il devrait faire des messages plus clairs.

3.2.7 Améliorations évoquées

Beaucoup de femmes ont mentionné l'importance du rôle qu'elles accordent au médecin généraliste pour aborder le sujet systématiquement et guider ses patientes. *Patiente 6 : « Ben, je sais, avant, avec mon ancien médecin, j'avais souvent des frottis, car il me demandait d'aller voir le gynéco tous les ans ou 2 ans, je crois, pour le frottis. » ; Patiente 18 : « Oui, si mon médecin me proposait, ça m'aiderait beaucoup plus, j'aurais plus envie d'y aller. C'est dommage, mais ça serait mieux qu'il me pousse. » ; Patiente 32 : « Peut-être, c'est vrai que si un médecin m'en avait parlé, je me serai peut être senti plus concernée. » ; Patiente 38 : « Peut-être que si le médecin traitant nous en parlait plus, on prendrait plus conscience qu'on doit le faire. »*

Pendant l'étude où j'ai sensibilisé les patientes au dépistage du cancer du col de l'utérus ; le fait d'avoir une information personnalisée les a aidées à prendre conscience que le dépistage du cancer du col de l'utérus les concernait. Plusieurs d'entre elles ont pris rendez vous pour réaliser un frottis après notre entretien. Beaucoup de femmes m'ont remerciée de cette démarche et étaient très contentes d'avoir pu parler de cela avec moi-même et ont regretté de ne pas avoir eu d'informations de façon spontanée de la part du corps médical avant.

Certaines femmes, souvent de catégories socio- professionnelles élevées ou moyennes préconisent un dépistage « organisé » comme le cancer du sein, où la sécurité sociale leur enverrait une invitation : *Patiente 20 : « Eh ben comme ce que font la sécu pour le sein, on fait un rappel, on envoie une lettre et pour avoir un suivi. Et puis, au moins, on sait qu'on envoie quelque chose et y aurait plus de retour. »*, certaines pensent qu'il faudrait le proposer pour les personnes avec un niveau de vie défavorisé : *Patiente 21 : « Mais, je pense que dans certaines populations, il devrait y avoir des obligations qui viendrait de la sécu. C'est à la sécu. Il faudrait donner des bons et que les gens puisse aller gratuitement se faire dépister. Ca leur reviendrait moins cher aux gens qui ont pas les moyens »*

Une consultation commune de prévention pour le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus et le cancer du colon à faire chez le médecin généraliste a été évoquée.

D'autres pensent qu'en « obligeant les femmes » à se faire dépister pourrait améliorer la participation. *Patiente 23* : « Ou alors il faudrait que ça soit systématique pendant une consultation chez le médecin, ça prend 5 minutes. Moi, ça ne me générerait pas, et puis, une fois qu'on est en consultation, autant tout faire. »

Certaines femmes dont la plupart sont des bénéficiaires de la CMU proposent de leur fixer les rendez-vous pour qu'elles puissent faire les examens. Elles expriment le fait que si elles ont un rendez-vous, elles viendront. Ces femmes préfèrent se laisser guider par les décisions du médecin : *Patiente 33* : « Oui, c'est important, si vous me donnez un rendez vous pour le faire je viens. Tu parles au futur ou au passé. Si vous me donnez un rendez vous, je le ferai. »

Une femme propose l'auto dépistage, elle pense qu'elle aurait plus eu l'occasion de faire son frottis si elle gérait le prélèvement, en avançant comme argument le côté pratique : *Patiente 21* : « Mais moi, je regarde pas à l'intérieur pour voir si ça va. On ne peut pas regarder à l'intérieur ? J'aimerais bien qu'on puisse le faire soit même, le frottis, c'est pas encore possible, cela ? Parce que ça serait mieux. Je dis ça, car je me dis, je l'aurais déjà fait. »

Une autre femme déplore que la visite de la médecine du travail qui est obligatoire n'aborde pas le sujet de dépistage du cancer du col de l'utérus. *Patiente 1* : « Par contre, je suis obligé de voir la médecine du travail 1 fois par an et on ne m'en a jamais parlé. Reprise de la question : oui, j'aurai aimé que la médecine du travail m'en parle. »

III. Discussion

1. Biais relatifs à l'étude

Notre mode de recrutement qui s'est réalisé principalement sur la ville de Nice uniquement, ne nous a pas permis d'interviewer suffisamment de femmes éloignées du système médical et du dépistage en général. Le recrutement a été le plus large possible. Nous avons interviewé 40 femmes, ce qui n'est pas négligeable pour une étude qualitative. La répartition des femmes au niveau de l'âge était assez homogène. De même, la répartition au niveau des régimes sociaux l'était aussi, avec environ 35 % de femmes bénéficiant de la CMU ou AME. Les caractéristiques des femmes interviewées sont donc assez hétérogènes et ont permis de diversifier les points de vue.

Plusieurs entretiens ont eu lieu avec des femmes ne maîtrisant pas la langue française et le discours rapporté du traducteur était peut-être pas similaire au discours de la femme elle-même. Cela a pu influencer sur l'analyse du discours de ces femmes.

La position du chercheur, présenté comme interne de médecine générale, n'était pas neutre et cela a pu influencer le discours des femmes. Cela peut constituer un frein à la libéralisation de la parole des patientes et créer une certaine empathie envers la spécialité de médecine générale.

En matière d'étude qualitative, la variété des caractéristiques des interviewées et l'obtention de la saturation des données sont les garants d'une analyse correcte. L'étude va ainsi permettre de mettre en lumière des points essentiels et dresser des stratégies pour amener les femmes à se faire dépister. L'étude qualitative ne permet pas la généralisation et la transposition à la population générale. Pour valider les stratégies brossées grâce à l'étude, il faut les tester à grande échelle sur un groupe de femmes plus large qui englobe l'ensemble du territoire français par une étude quantitative randomisée.

2. Principales conclusions

Plusieurs points clés sont ressortis des entretiens :

- L'insuffisance d'information sur le cancer du col de l'utérus a été soulignée par la très grande majorité des femmes, ainsi que la méconnaissance de l'utilité et des objectifs du frottis, en particulier la possibilité de détecter une lésion, de traitement précoce et efficace en cas de lésion précancéreuse.

Il a été remarqué que les femmes ne connaissent pas quels professionnels de santé peuvent réaliser le frottis.

- Les principaux obstacles cités ont été : une négligence des mères et des femmes en bonne santé, de cela découlent souvent la peur du cancer en général. La difficulté d'accès aux soins (coût, éloignement) et la pudeur ont été peu relatées. Toutes ces femmes n'étaient pas contre le dépistage et on s'aperçoit que les obstacles peuvent être franchis si on améliore la communication.

- Les femmes sont réceptives à une information qui les inciterait à plus de prévention. La demande principale des femmes interrogées est d'améliorer la communication du médecin généraliste sur le dépistage. Elles souhaitent une sollicitation régulière par leur médecin généraliste.

- Un dépistage organisé pour certaines femmes est également souhaité.

3. Profils des femmes ne participant pas au dépistage du cancer du col de l'utérus

A partir des entretiens recueillis auprès des femmes, il est possible d'isoler un certain nombre de groupes. Définis à partir d'un ou de plusieurs traits caractéristiques, ils marquent un certain type de positionnement par rapport à la question du dépistage et de la prévention, et plus généralement à la santé. Ces groupes sont d'importance très variable. Ils permettent de dessiner des profils.

A. Le groupe des obéissantes

Il s'agit souvent d'une population immigrée, souvent bénéficiaire de la CMU. Ce qui caractérise ce groupe, c'est leur faible connaissance des démarches ou des principes de prévention. Ces femmes ne s'opposent pas au dépistage mais souvent, elles ont trop peu d'information sur le sujet et sont souvent éloignées du système médical. Les échanges entre femmes pour parler du FCU sont importants dans ce groupe. Ces femmes sont un peu passives dans la participation aux soins mais si elles sont sollicitées, elles répondent présentes. « Si on nous dit d'aller voir le médecin, on va voir le médecin et on fait ce que dit le médecin. » Faire le dépistage ne pose dès lors pas de problème. Ces femmes sont le profil le plus approprié pour répondre à des invitations de la sécurité sociale.

B. Le groupe des transigeantes

A la différence du groupe précédent, les femmes de ce groupe ont souvent connaissance de la problématique du dépistage. En revanche, la réalisation du test demande un effort, implique de dépasser une appréhension et constitue de ce point de vue une forme d'épreuve : soit parce que la réalisation du test est en soi peu agréable (gênant pour des questions de pudeur ou douloureux). La réalisation du test suppose donc une certaine négociation et un calcul coût /avantage.

C. Le groupe des insouciantes

Ce sont des femmes en bonne santé qui, justement pour cette raison, estiment ne pas avoir à se faire dépister. Il s'agit d'une population jeune et qui a un niveau de vie moyen ou élevé. Selon un axiome répandu du paradoxe du dépistage : je suis en bonne santé, donc je ne suis pas malade, par conséquent il est inutile que je me fasse dépister puisque je suis manifestement non malade. Autrement dit, il faut se considérer comme potentiellement malade, sans avoir les symptômes de la maladie. Cela suppose d'envisager la santé d'un point de vue négatif, comme un état de maladie qui s'ignore. Or, d'une manière générale, la santé, c'est la non maladie: il n'y a donc aucune raison de se faire dépister. Souvent, ces femmes déplacent leurs peurs en prétextant un bon état de santé. Ces femmes en bonne santé qui n'ont pas besoin de

suivi médical, qui n'ont pas d'antécédents inquiétants, expriment une certaine superstition et, à la limite, y penser, c'est créer la maladie.

D. Le groupe des femmes trop suivies

Ce sont des femmes en moins bonne santé, qui ont à composer au quotidien avec un corps malade, souvent des pathologies lourdes ou dont l'état de santé générale est moyen, obligées, à la suite de plusieurs « pépins », de prendre soin d'elles même au quotidien. Ces femmes sont généralement plus âgées. C'est la volonté de ne plus vouloir en savoir trop qui domine. Elles ont le sentiment d'en avoir déjà assez avec leur pathologie, qui suffit à remplir leur vie, sans avoir besoin d'en rajouter. Ces femmes vivent et évoluent en permanence dans un circuit de soins, dans une prise en charge médicale. Ces femmes vont voir très régulièrement leur médecin généraliste. La communication avec ces femmes sur le dépistage de la part des médecins généralistes paraît importante dans leur prise de décision. Nous nous situons donc ici bien au-delà de la question de la sensibilisation au dépistage : ce sont bien plutôt des femmes qui connaissent la maladie, s'en occupent et veulent avoir la paix.

E. Le groupe des négligentes

Ce qui caractérise ce groupe est que ce sont des mères. Elles ont quelques connaissances sur les principes de prévention. Elles ont eu un suivi irrégulier, souvent rythmées par les grossesses. Ces femmes ne prennent pas le temps pour elles et priorise la santé et bien-être de leurs enfants. Ces femmes se retrouvent dans les salles d'attentes des médecins généralistes mais souvent elles y amènent leurs enfants. Elles sont donc très peu suivies.

Il va sans dire que les femmes ne sont pas définitivement « affiliées » à un profil, et qu'elles peuvent passer de l'un à l'autre dans le temps.

4. Un manque d'information

L'objectif des FCU n'était pas clairement connu par beaucoup de femmes interrogées, quel que soit leur niveau d'études. Dans une étude, il est retrouvé que le bon niveau de connaissances à propos du cancer et de sa prévention est un facteur d'adhésion au dépistage (65). Il semble que l'absence de perception de l'intérêt préventif d'un examen conduise à une absence de consultation en absence de symptôme, notamment pour les populations plus jeunes (66). Une étude menée en Belgique montre que les femmes non dépistées pour le cancer du sein et du col de l'utérus avaient plus souvent une perception négative de l'efficacité des tests de dépistage, la logique et les buts du dépistage (67).

Dans notre étude, les femmes connaissaient trop peu le rôle des HPV dans la genèse du cancer du col de l'utérus. Certaines ont évoqués l'hérédité. La connaissance du rôle des HPV dans la genèse du cancer du col pourrait modifier profondément les perceptions, et renforcerait l'intérêt pour le frottis et les possibilités de prévention (68).

On note que le cancer du col de l'utérus est perçu, dans l'esprit des femmes, comme une maladie grave amenant à la mort. Cette représentation amène à des comportements de fuite et de non participation au dépistage, comme l'est suggéré dans une étude pour le cancer du sein (69).

D'autres femmes, souvent plus âgées, pensent avoir moins de risques car elles n'ont plus ou très peu de relations sexuelles. Elles avancent cela comme une justification à l'arrêt de suivi. Dans une étude hollandaise en médecine générale, les femmes qui ne participaient pas au dépistage étaient persuadées qu'elles avaient moins de risque de cancer du col (70).

Dans notre étude, les femmes assimilent le cancer du col de l'utérus à un manque de fertilité. Ces femmes souvent plus âgées se sentent moins concernées car elles ne veulent plus d'enfant.

5. La santé et négligence des mères : motifs de non dépistage

Des femmes en bonne santé, qui justement pour cette raison, estiment ne pas avoir à se faire dépister. Le dépistage suppose en effet de se prêter à des examens visant à rendre manifeste une maladie qui ne l'est pas. Cela suppose d'envisager la santé d'un point de vue négatif, comme un état de maladie qui s'ignore. Or, d'une manière générale, la santé, c'est la non maladie : il n'y a donc aucune raison de se faire dépister.

Dans une étude qualitative, il est noté que les gens ne viennent pas spontanément pour un problème de prévention mais attendant de voir le médecin quand ils sont malades et se demandent quelle est la nécessité d'un examen préventif (71).

Les mères sont prêtes à tout pour s'assurer que leur famille soit heureuse et en santé. Dans un sondage canadien (72), révèle que la majorité des mères au pays (60 %) estiment qu'elles n'ont pas suffisamment de temps pour prendre soin d'elles et que 70 % ne se classent même pas parmi leurs trois principales priorités. Faire passer les besoins des autres avant les siens n'est pas sans conséquence (73). Les mères négligent d'aller chez le médecin, de faire de l'activité physique et de manger sainement pour répondre d'abord aux besoins de leurs enfants et de leur famille. Un quart (27 %) négligent leurs visites chez les professionnels de la santé.

Il est montré qu'en prenant soin d'elles et en apportant graduellement des changements à leur mode de vie, les femmes peuvent accroître la durée et leur qualité de vie et diminuer de près de 80 % leurs risques de maladies du cœur et d'AVC.

Il est alors important de repérer ces femmes jeunes et ces mères qui ne consultent généralement très peu pour elles-mêmes afin de les sensibiliser au dépistage en leur présentant l'intérêt de ce celui-ci.

6. Implication du médecin généraliste : premier acteur de prévention

Le fait d'avoir été conseillé par son médecin traitant est lié à la participation régulière au dépistage du cancer du col de l'utérus (74, 75). Lorsqu'on interroge des femmes sur ce qui pourrait les inciter à participer à un examen de dépistage quand elles n'y ont jamais eu recours, plus de la moitié évoquent l'incitation de leur médecin de famille (67).

Dans une étude bretonne (49), 24,7 % des femmes estiment que la prévention et le dépistage sont les premiers rôles spécifiques du médecin généraliste dans le suivi des femmes.

Alors que la culture de la prévention n'existe pas et la prévention ne fait pas parti des demandes spontanées des patientes (49).

Dans une étude réalisée en milieu urbain, seule 34% des femmes se disent questionner par leur médecin généraliste sur leur suivi gynécologique et 84% le jugent non équipé pour le faire. Par contre, le fait que le médecin généraliste aborde le sujet conforte leur opinion sur sa compétence en gynécologie (76). Dans notre étude, les femmes ont insisté sur le rôle primordial qu'elles reconnaissent au médecin traitant pour les inciter au dépistage. Il en est de même dans une enquête auprès de la population féminine liégeoise dans laquelle l'invitation d'un médecin était considérée par plus de la moitié comme l'élément incitateur pour une femme n'ayant jamais fait de FCU (67). Or, parmi les femmes interrogées, la majorité des femmes ignoraient que leur médecin généraliste pouvait pratiquer un FCU.

Plusieurs études montrent que les femmes à convaincre pour ce dépistage sont celles qui n'ont pas de demande et ne rencontrent pas de gynécologue. Ces femmes peuvent par contre être amenées à rencontrer des médecins généralistes pour diverses raisons. Dans notre travail, les femmes seraient ravies que leur médecin aborde le sujet du dépistage même lorsqu'elles viennent pour un simple rhume. C'est une demande qui se fait vivement ressentir. La proximité et l'accessibilité, comme l'ont souligné les femmes de notre échantillon, permettent de saisir ces occasions pour parler de FCU. Dans de nombreux pays européens, les médecins généralistes sont d'ailleurs les principaux acteurs du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Malgré tout, le médecin généraliste est considéré par quelques femmes interrogées comme trop familier pour pouvoir assurer ce suivi, indépendamment de sa compétence. De là, l'importance de faire connaître par le médecin généraliste les autres professionnels pouvant réaliser le FCU.

Le médecin généraliste, apparaît être le vecteur principal de l'incitation au dépistage. Les femmes interrogées attendent des médecins qu'ils apportent une caution médicale et personnalisée visant à renforcer un discours public anonyme et générateur d'interrogations. Par exemple, le médecin pourra lever les doutes sur l'intérêt du dépistage. Il aura aussi pour fonction de rassurer sur le déroulement de l'examen. Face à un examen anxiogène, le corps médical est véritablement un acteur prépondérant pour stimuler, rassurer et orienter ses patientes. Toutefois, il va de soi que le discours médical se doit d'être toujours préparé et renforcé par la communication grand public.

7. Améliorer la communication

Privilégier une communication à la fois mobilisatrice et rassurante soulignant concrètement l'intérêt effectif du dépistage. Le bénéfice concret du dépistage n'est pas toujours perçu et reste encore à préciser auprès des femmes. Souvent, les femmes interrogées affirment qu'il faut encourager le dépistage, en donnant des exemples concrets et précis du gain réel qu'il apporte, sans chercher à effrayer les populations. L'argument du dépistage précoce doit parvenir à faire apparaître la possibilité d'échapper à des traitements lourds tout en veillant à ne pas en réactiver la peur.

Il est ainsi primordial de positiver le message sur le dépistage dans une communication, permettant ainsi à l'examen de représenter autre chose que le moyen de constater que l'on est effectivement touché par la maladie. Il apparaît important de dédramatiser le dépistage du cancer du col de l'utérus et de faire prendre conscience de l'importance du FCU.

Les populations en situation de précarité sont difficiles à cibler en termes de message de prévention. Dans notre étude, les femmes interrogées des groupes CMU ont commencé le dépistage au moment des grossesses mais elles sont difficilement suivies et le frottis se fait irrégulièrement d'une grossesse à l'autre.

Les proches de ces femmes, mieux intégrés dans la société, peuvent être une source de conseils et les incitent à consulter le gynécologue. Du fait de la différence d'approche socio-culturelle, le tissu communautaire est important et doit être exploité pour relayer les messages de santé. Lors d'une campagne de sensibilisation pour le FCU dans un quartier de Marseille, les travailleurs sociaux ont été impliqués pour promouvoir le frottis auprès des femmes de quartiers défavorisés (77). Cette idée peut être exploitée pour sensibiliser les patientes ayant la

CMU à la prise en charge du frottis par le médecin généraliste. En amont, les travailleurs sociaux relayent l'information, en aval, ce travail doit permettre de susciter la demande auprès du généraliste et d'ouvrir un dialogue.

La société actuelle est baignée dans l'information. Les médias sont multiples et variés. Or, dans nos entretiens, les femmes sont étonnées d'apprendre que le médecin généraliste peut faire des frottis. Le relais de ce message ne se fait pas. Il serait souhaitable de communiquer aux femmes vers quels professionnels elles peuvent réaliser le FCU. Une campagne radio à grande échelle réalisée en Janvier 2014 avait pour but de rappeler que le médecin généraliste pouvait réaliser des FCU. Nous avons ici l'exemple d'incitations qui encouragent la patiente à aller à la rencontre du médecin de famille pour parler du frottis. La quantité d'information véhiculée par des médias comme la radio est trop importante et la mémorisation du message est faible (78). C'est pour cela qu'il faut prioriser des messages courts et clairs.

Aux Etats-Unis, une expérience visant à mettre en place une consultation unique pour le dépistage de plusieurs cancers a été menée. Cette visite dirigée par des médecins généralistes permet de réaliser un hémocult, une mammographie, un frottis pour les femmes et un PSA pour les hommes. La compliance de la population aux tests était meilleure et l'augmentation du nombre de frottis réalisés significative. Ces résultats se confirment quelque soit la localisation du centre de soins : urbain, rural et semi-urbain (79). Pour les femmes de plus de 50 ans, qui sont sous dépistées, mettre en place une telle consultation permet d'accroître la prévalence du frottis dans cette tranche d'âge. Dans notre travail, un profil de femmes suivies souvent pour des pathologies lourdes et amenées à être suivies très souvent par leur médecin généraliste exprime la volonté de ne plus avoir à faire trop d'exams. Leur proposer une consultation unique pourrait les rendre plus réceptives au dépistage.

8. Diversifier l'auto –prélèvement

Plusieurs pays comme les Pays-Bas, la Norvège et la Suède ont expérimenté la méthode de l'auto-prélèvement à domicile avec succès (80). L'auto-prélèvement à domicile peut être un moyen pour atteindre une partie des femmes qui n'adhèrent pas au dépistage car il permet de lever certaines barrières comme les difficultés d'accès aux soins ou les réticences que peuvent avoir les femmes vis-à-vis de l'examen gynécologique (pudeur, geste douloureux...).

En France, un des projets financés par l’Inca et présenté le 26 janvier 2012 portait sur l’auto-prélèvement vaginal à domicile pour recherche de papillomavirus à haut risque (81).

Ce projet consiste à proposer à ces femmes de réaliser elles-mêmes un prélèvement vaginal (l’auto-prélèvement vaginal) grâce à un kit qui leur sera envoyé à domicile. Une recherche de HPV sera ensuite réalisée sur cet auto-prélèvement. L’objectif était de comparer chez les femmes de 35 à 69 ans bénéficiaires de la CMUc ayant refusé l’invitation au frottis, la participation et l’efficacité d’une 2ème invitation au frottis à celles d’un auto-prélèvement vaginal à domicile. L’auto-prélèvement vaginal détecte 5 fois plus de lésions CIN 2 que la 2ème invitation au frottis.

Les auto-prélèvements constituent une modalité qui pourrait permettre d’atteindre les femmes réfractaires au dépistage ou y accédant difficilement, comme le groupe des transigeantes.

9. Le dépistage organisé pour certaines femmes

Dans notre étude, les femmes notamment les plus âgées étaient demandeuses d’un dépistage organisé pour le cancer du col de l’utérus. Il semble que les invitations systématiques permettraient de rappeler aux femmes qu’elles sont concernées.

Une évaluation a montré que la réallocation des ressources financières déjà utilisées pour ce type de dépistage en France suffirait en théorie à couvrir toute la population cible, par une meilleure répartition des FCU en fréquence et en population (82).

Le dépistage organisé est associé dans ses représentations à un dispositif social. Il représente, pour certaines femmes, un dispositif mis en place pour des populations défavorisées. La gratuité et l’envoi au domicile de l’invitation véhiculent l’idée qu’il s’agit d’un dépistage conçu pour des couches sociales à la fois démunies et peu informées, qui ne peuvent donc s’inscrire dans le circuit médical habituel.

Dans notre étude, des femmes l’ont d’ailleurs suggérées pour des populations plutôt défavorisées. Durant nos entretiens, les femmes immigrées ou d’un niveau socio-économique bas, qui se retrouvent souvent dans le groupe des obéissantes, affirment elles-mêmes leur passivité vis-à-vis de leur santé et seront les plus à même à répondre à une invitation.

CONCLUSION

Pour augmenter la couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus en France, la HAS a recommandé de plus s'appuyer sur les médecins traitants. Très souvent, les femmes qui ne participent pas au dépistage du cancer du col de l'utérus fréquentent peu le système médical pour elles –mêmes ou alors viennent pour des problèmes en urgence.

Au vu de notre étude, cela nous a permis de mieux cerner les difficultés rencontrées et les déterminants qui guident le choix des intéressées :

Les femmes interrogées s'estimaient dans l'ensemble mal informées sur le frottis-cervico-utérin et rencontraient différents obstacles : manque de temps pour elles mêmes, bonne santé, pudeur. On se rend vite compte que ces obstacles d'ordre psychologiques peuvent être levés.

Une meilleure implication des médecins généralistes permettrait certainement d'améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus en France, comme l'ont évoqué les femmes de notre étude. Elles conféraient à leur généraliste le rôle de guide dans ce domaine. En dehors des incitations individuelles par le médecin généraliste, les femmes interrogées ont plébiscité la mise en place d'invitations régulières par courrier dans le cadre d'un dépistage organisé, comme le recommande le Conseil de l'Union Européenne.

Améliorer la communication sur les différents professionnels pouvant réaliser les FCU et sur le rôle du médecin généraliste est un point crucial qui permettrait à ces femmes non dépistées d'aller vers le médecin généraliste.

Les femmes paraissent attendre que ce mouvement soit accompagné d'une communication visant conjointement la cible médicale et la cible grand public. Leurs propos ont aussi fait apparaître la nécessité de rassurer sur les conditions du dépistage.

Enfin, dans le but d'amener au dépistage des populations nouvelles, les femmes interrogées semblaient privilégier un ton qui soit à la dédramatisation de l'acte, afin de faire valoir l'intérêt concret du dépistage et de montrer que cet acte est aujourd'hui à la fois bénéfique et normal.

Nous avons pu au fil des entretiens classer ces femmes selon des caractéristiques communes.

En classant ces femmes, cela permet au médecin d'attirer plus son attention quant aux questions de dépistage quand il rencontre une de ces femmes au cabinet. Comme nous l'avons vu dans notre étude, souvent ce sont des femmes qui vont accompagner leurs enfants ou consulter rarement seulement lors d'un rhume ou alors les femmes très suivies qui vont échapper à ce dépistage. Il est alors vraiment important de les repérer et de les sensibiliser. Un autre profil de femmes, souvent bénéficiaires de la CMU reste difficile à atteindre pour le médecin généraliste, l'importance d'invitation à aller voir le médecin prend tout son sens avec ce type de profil.

La rencontre avec ces femmes a été très enrichissante. L'analyse des entretiens a permis de faire émerger beaucoup de pistes à explorer et de classer ces femmes selon un profil. Cibler la population féminine peut apporter une aide au médecin généraliste afin d'aborder le sujet du dépistage du cancer du col de l'utérus avec ces femmes.

Du fait de la méthode qualitative, les stratégies qui découlent de cette étude sont à valider sur des échantillons de femmes plus grands. D'autres points peuvent encore être explorés à partir de notre étude. Une campagne radio diffusée nationalement a eu lieu en Janvier 2014 visant à rappeler la place du médecin généraliste dans le dépistage du cancer du col de l'utérus. Mesurer l'impact de cette campagne au niveau des médecins généralistes et des femmes sur une étude à grande échelle pourrait être un travail à explorer pour évaluer l'amélioration du taux de couverture du dépistage. En attendant, en ciblant les différentes catégories de femmes ne participant pas à ce dépistage, les pistes énoncées sont une esquisse de projets à développer afin d'amener les patientes vers le généraliste. Il reste encore à juger de leur efficacité sur le terrain !

BIBLIOGRAPHIE

1. Institut de veille sanitaire, Duport N. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus. État des connaissances- Actualisation 2008. [En ligne] : http://www.invs.sante.fr/publications/2008/cancer_col_uterus_2008/cancer_col_uterus_2008.pdf
2. Le cancer du col de l'utérus en France : état des lieux 2010, Boulogne –Billancourt, Institut National du cancer, juillet 2010.
3. Institut de veille sanitaire. Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011, 2011.
4. Exbrayat C, Remontet L, Buemi A et al. Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 - 2000. Paris: INVS ; 2003 ; 107-12.
5. Sant M, Aareleid T, Berrino F et al. EURO CARE Working Group. Survival of cancer patients diagnosed 1990-94 – results and commentary. Ann Oncol 1995 ; 14 (6Suppl 5) :1-118.
6. Institut National du Cancer. La situation du cancer en France en 2011. Collection Rapports & Synthèses 2011; 320 p.
7. Munoz N, Bosch FX, De Sanjosé S et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. N. England J Med 2003 ; 348 : 518-27.
8. Alain S, Hantz S, Denis F. Papillomavirus : les virus et la physiopathologie de l'infection. M T Pédiatrie, janvier-février 2010 ; 13 (1).
9. Monsonogo J. Prévention du cancer du col utérin : enjeux et perspectives de la vaccination antipapillomavirus. Gynecol Obstet Fertil 2006 ; 34 (3) : 189-201.

10. Moscicki AB, Schiffman M, Kjaer S, Villa LL. Chapter 5: Updating the natural history of HPV and anogenital cancer. *Vaccine* 2006 ; 24 Suppl 3 : S42-S51.
11. Ostor AG. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review. *Int J Gynecol Pathol* 1993 ; 12 (2) : 186-92.
12. Schlecht NF, Platt RW, Duarte-Franco E, et al. Human papillomavirus infection and time to progression and regression of cervical intraepithelial neoplasia. *J Natl Cancer Inst* 2003 ; 95 (17) : 1336-43.
13. Baseman JG, Koutsky LA. The epidemiology of human papillomavirus infections. *J Clin Virol* March 2005 ; 32 Suppl 1 : S16-S24.
14. Riethmuller D, Schaal JP, Mougin C. Épidémiologie et histoire naturelle de l'infection génitale à papillomavirus humain. *Gynecol Obstet Fertil* 2002 ; 30 (2) : 139-46.
15. Ho GY, Bierman R, Beardsley L et al. Natural history of cervicovaginal papillomavirus infection in young women. *N Engl J Med* 1998 ; 338 (7) : 423-8.
16. Wikstrom I, Lindell M, Sanner K et al. Self sampling and HPV testing or ordinary Pap smear in women not regularly attending screening : a randomized study. *Br J Cancer* 2011 ; 105 : 337-339.
17. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol* 1999 ; 189: 12-9.
18. Munoz N, Bosch FX, Castellsague X et al. Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen ? The international perspective. *Int J Cancer* 2002 ; 111 : 278-85.
19. Monsonego J. Infections à papillomavirus. État des connaissances, pratiques et prévention vaccinale. Springer. Paris, 2006.
20. Munoz N, Castellsague X, De Gonzalez AB, et al. Chapter 1: HPV in the etiology of

human cancer. *Vaccine* 2006 ; 24 Suppl 3 : S1-S10.

21. Bossard N, Velten M, Remontet L et al. Survival of cancer patients in France : a population-based study from The Association of the French Cancer Registries (FRANCIM). *Eur J Cancer* 2007 ; 43 (1) : 149-60.

22. Cox JT. The development of cervical cancer and its precursors: what is the role of human papillomavirus infection? *Curr Opin Obstet Gynecol* 2006 ; 18 Suppl 1 : S5-S13.

23. Orth G. Les papillomavirus humains et leur rôle dans l'histoire naturelle du cancer du col de l'utérus. Perspectives dans le domaine de la prévention de ce cancer. In: Blanc B, ed. *Le dépistage du cancer du col de l'utérus*. Springer. Paris, 2005 : 15-33.

24. Wang SS, Hildesheim A. Chapter 5: Viral and host factors in human papillomavirus persistence and progression. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2003 ; (31) : 35-40.

25. Dos Santos IS, Beral V. Socio-economic differences in reproductive behaviour. *IARC Scientific Publications* 1997 ; 138 : 285-308.

26. Institut National du Cancer. *Guide ALD Cancer invasif du col de l'utérin*. HAS, INCa. 2010. 40 p.

27. *Le Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2013 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique*, *Bull Epidémiol Hebd* 2013, 19 avril 2013, n° 14-15, 158 p.

28. Haut Conseil de la Santé Publique. *Avis relatif à la révision de l'âge de vaccination contre les infections à papillomavirus humains des jeunes filles*. 28 septembre 2012.

29. Papanicolaou GN, Traut HF. *Diagnosis of uterine cancer by the vaginal smear*. New York, The commonwealth Fund, 1943.

30. *Conférence de consensus sur le dépistage du cancer du col utérin, XXVIIIème Congrès de la Fédération des gynécologues et obstétriciens de langue française*. Lille 5-6-7-8 septembre 1990. *Recommandations*. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 1990 ; 19:1-16.

31. Anaes. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal. Actualisation 2002.

32. Anaes. Evaluation de l'intérêt de la recherche des papilloma virus humains dans le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. Mai 2004.

33. Recommandations Européennes concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus dans l'Union Européenne élaborées par le comité consultatif pour la prévention du cancer après la conférence sur le dépistage et la détection précoce du cancer, à Vienne, 18-19 novembre 1999. [En ligne] :
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/genetics/cancer_screening_fr.pdf

34. Arbyn M, Van Oyen H, Lynge E, et al. Commission's proposal for a council recommendation on cancer screening. BMJ. 2 août 2003 ; 327 (7409) : 289-290.

35. Arbyn M, Anttila A, Jordan J, et al. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second edition- summary document. Ann Oncol. Mars2010 ; 21 (3) : 448-58.

36. Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France, Argumentaire, Haute Autorité de Santé, Juillet 2010. [En ligne] : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/argumentaire_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf

37. Institut de veille sanitaire, Duport N. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus. État des connaissances. Saint- Maurice: InVS; 2007. [En ligne] :
http://www.invs.sante.fr/publications/2006/cancer_col_uterus_connaissances/cancer_col_uterus_%20connaissances.pdf

38. Leroy JL, Boman F. Vers un dépistage optimal des cancers et précancers du col utérin par frottis cervicaux. Presse Med. 2003 ; 4 : 174-80.

39. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Ministère de la santé et des

sports. Plan cancer 2009-2013. [En ligne] :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_cancer_2009-2013.pdf

40. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique. Prévention du cancer du col de l'utérus. Décembre 2007. [En ligne] : http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/rpc_prev-K-col2007.pdf

41. World Health Organization. National Cancer Control Programmes, Policies and Managerial Guidelines. Geneva: WHO; 2002.

42. Recommandation du Conseil du 2 décembre 2003 relative au dépistage du cancer. Journal Officiel Union européenne, 16 décembre 2003. [En ligne] : <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:327:0034:0038:FR:PDF>

43. CIRC/IARC (International Agency for Research on Cancer). Cervix cancer screening. IARC handbooks of cancer prevention. Vol 10. Lyon: IARC Press, 2005.

44. Fromont E. Prévalence des femmes non dépistées pour le cancer du col de l'utérus consultant en médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais [Thèse d'exercice de médecine générale] Lille : Faculté de médecine ; 2012.

45. Legman M. Conseil National de l'Ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France, situation au premier janvier 2011.

46. Compte-rendu de l'Audition des Gynécologues médicaux du 2 février 2011. [En ligne] : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte-rendu_de_l_audition_des_Gynecologues_medicaux.pdf

47. Eco-Santé Régions & Départements 2012 Version mai 2012. [En ligne] : <http://www.ecosante.fr/>

48. Institut National du cancer. Médecins généralistes et dépistage des cancers, collection Enquêtes et sondages, juin 2011. [En ligne sur] : <http://www.e-cancer.fr/>

49. Ganry O, Boche T. Prévention des cancers par les médecins généralistes de Picardie : résultats d'une enquête de type déclarative. *Bull Cancer* 2004 ; 91 (10) : 785-791.
50. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C « L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne ». *Santé Publique* 2005 ; 17 (1) : 109-119.
51. Bataillon R, Hascoet JY, Leneel H et al. Vers une consultation médicale de prévention. *Santé Publique* 2006 ; 18b (1) : 5-6.
52. Weber A, Lémery B, Millot I. Observatoire régional de la santé de Bourgogne. Direction régionale des Affaires Sanitaires et Sociales. Prévention des cancers gynécologiques : points de vue des médecins sur les modalités de dépistage en Bourgogne. Dijon, 2004. 52p.
53. Société de formation thérapeutique du généraliste. Rapport final de recherche : mobiliser les médecins traitants franciliens pour réduire les inégalités de prévention et de dépistage. Faculté de médecine Paris Descartes, Faculté de médecine Pierre et Marie Curie. 14 Juin 2010 ; 12p.
54. Duport N, Serra D, Goulard H, et al. Which factors influence screening practices for female cancer in France? *Rev Epidemiol Sante Publique* Octobre 2008 ; 56 (5) : 303-313.
55. Garner EI. Cervical cancer : disparities in screening, treatment , and survival. *Cancer Epidemiol Biomark Prev* 2003 ; 12 (suppl) : 242-247.
56. Herbert C, Launoy G. Les cancers. Les inégalités sociales de santé. Paris : La découverte et Syros, 2000 ; 241-250.
57. Ménoret M. Prévention du cancer du sein. *Nouvelles questions féministes*. 2006 ; 25 : 6.
58. INCa. Etats des lieux du dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Aspects sociologiques : freins et participations. Collection Rapports & Synthèses. Septembre 2007.
59. Burton – Jeangros C. Cultures familiales du risque. Paris : Anthropos ; 2004.

60. Hubert A. Cancer et science de l'homme. In Ben Soussan P, Julian Reynier C. Cancer et recherches en science humaine (Eds). Paris : Erès 2008.
61. Guyard L. Consultation gynécologique et gestion de l'intime. *Champ psychosomatique*. 2002 ; 27 : 81-92.
62. Aubin – Auger I, Mercier A, Baumann L et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer* 2008 ; 84 : 142-5.
63. Berthier N. Les techniques d'enquête en sciences sociales. *Sociologie*. Cours Armand Colin. 352 p.
64. Barideau C. Analyse des données des entretiens. *Recherches qualitatives*. 2009 ; 28 (1) : 133-148.
65. Blanc D, Sartori V, Hedelin G et al. Influence des connaissances relatives au cancer sur les comportements de prévention dans la population du Bas-Rhin. *Bull Cancer* 1998 ; 85 : 569-77.
66. Eisinger F, Beck F, Léon C et al. Enquête Baromètre cancer 2010 : Les pratiques de dépistage des cancers en France. InVS, 2010.
67. Escoyez B, Mairiaux P. Dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus : attitudes et comportements de la population féminine liégeoise. *Education Santé* 2004 ; 192 : 9-14.
68. Jestin C, Heard I, Le Lay E, et al. Perception de la prévention du cancer du col de l'utérus : étude qualitative auprès des jeunes filles et mères d'adolescentes. INPES, Saint Denis, France- Hôpital Pitié –Salpêtrière Paris France 2007.
69. Les femmes face au dépistage organisé du cancer du sein, Rapport de l'étude qualitative Ipsos Santé/ Institut National du Cancer 9 novembre 2005.
70. Tacken M, Braspenning J, Hermens R, et al. Uptake of cervical cancer screening in The Netherlands is mainly influenced by women's beliefs about the screening and by the inviting organization. *Eur J of Public Health* 2007 ; 17 : 178-85.

71. Gaye N. Identifier les obstacles au dépistage du cancer colo-rectal en médecine générale et envisager les moyens de les contourner. [Thèse de doctorat en médecine] Université Paris 1, Faculté de médecine, 2011.
72. La campagne Le cœur tel qu'elles MC de la Fondation des maladies du cœur, [En ligne] : <http://www.unilever.ca/fr>.
73. Ogedegbe G, Caselles AN, Robinson CM et al. Perceptions of barriers and facilitators of cancer early detection among low-income minority women in community health centers. *J Natl Med Assoc* 2005 ; 97 (2) : 162-170.
74. Taylor V, Scwartz S, Yasui Y et al. Pap testing among Vietnamese women : health care system and physician factors. *J Community Health* 2004 ; 29 (6) : 437-450.
75. Bazargan M, Bazargab S, Farooq M et al. Correlates of cervical cancer screening among underserved Hispanic and African-American women. *Prev Med* 2004 ; 39 (3) : 465-473.
76. Ora M. Orientation (médecin généraliste versus gynécologue) et motivation des femmes pour leur prise en charge gynécologique de première intention. [Thèse de doctorat en médecine] Université Paris 12, Faculté de médecine de Créteil, 2007.
77. Piana L, Leandri FX. Organized cervical cancer screening for underprivileged woman. *Bull cancer*. 2007 May ; 94 (5) : 461-7.
78. Résultats de l'étude pour la campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus- Réunions de groupe. Contexte communication. Octobre 1994.
79. Ruffin M, Gorenflo D. Predictors of screening for breast, colorectal and prostatic cancer among community-based primary care practices. *J Am Board Fam Pract*. Jan-Feb 2000 ; 13 (1) : 1-10.
80. Bais AG, Van Kemenade FJ, Berkhof J et al. Human papilloma testing on self-sampled cervicovaginal brushes : an effective alternative to prospect nonresponders in cervical screening programs. *Int J Cancer* 2007 ; 120 (7) : 1505-10.
81. Colloque INCa , Journée de restitution des projets financés par l'INCa sur la thématique « Précarité et cancer du col de l'utérus », 26 janvier 2012, Boulogne-Billancourt.

82. Grillot F, Cadot E, Parizot I et al. Absence de suivi gynécologique régulier en région parisienne : un cumul d'inégalités individuelles et territoriales ? Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 2008 ; 56 (6) : 357.

ANNEXES

ANNEXE 1- LES DIFFERENTS STADES D'INVASION ET LEUR PRISE EN CHARGE

Stade I Le cancer est strictement limité au col.

Stade IA L'invasion est uniquement diagnostiquée par le microscope. Toutes les lésions macroscopiquement visibles - même si l'invasion est superficielle - sont des cancers IB. L'invasion est limitée à une invasion stromale mesurée (à partir de la base de l'épithélium) à une profondeur maximale de 5 mm et avec une extension horizontale en largeur ne dépassant pas 7 mm. L'envahissement des espaces vasculaires, veineux ou lymphatiques, ne modifie pas la classification.

Stade IA1 Invasion du stroma mesurée n'excédant pas 3 mm en profondeur et 7 mm en largeur.

Stade IA2 Invasion du stroma mesurée supérieure à 3 mm mais ne dépassant pas 5 mm en profondeur et 7 mm en largeur.

Stade IB Lésion clinique visible limitée au col ou lésion microscopique plus grande que le stade IA.

Stade IB1 Lésions cliniques ne dépassant pas une taille de 4 cm. Stade IB2 Lésions cliniques de plus de 4 cm de taille.

Stade II Le cancer s'étend au-delà du col, mais sans atteindre la paroi pelvienne ou le tiers inférieur du vagin.

Stade IIA Pas d'envahissement patent du paramètre. Stade IIB Envahissement du paramètre.

Stade III Le cancer s'étend jusqu'à la paroi pelvienne et/ou au tiers inférieur du vagin et/ou est responsable d'une hydronéphrose ou d'un rein non fonctionnel.

Stade IIIA Pas d'extension à la paroi pelvienne mais envahissement du tiers inférieur du vagin

Stade IIIB Extension à la paroi pelvienne et /ou hydronéphrose du rein non fonctionnel.

Stade IV Le cancer s'étend au-delà du petit bassin et/ou envahit la muqueuse de la vessie ou du rectum.

Stade IVA Extension aux organes de voisinage. Stade IVB Extension aux organes à distance.

STADES	TRAITEMENT
Stade IA1 avec emboles lymphatiques	<p>Hystérectomie +/- conservatrice,</p> <p>Lymphadénectomie pelvienne +/- recherche du ganglion sentinelle</p> <p>Si souhait de grossesse : Trachélectomie simple, Lymphadénectomie pelvienne +/- recherche du ganglion sentinelle.</p>
Stade IA2	<p>Colpohystérectomie élargie +/- conservatrice avec lymphadénectomie pelvienne +/- ganglion sentinelle.</p> <p>Discuter trachélectomie élargie avec lymphadénectomie pelvienne si : âge compatible avec une grossesse ou désir de grossesse, N-.</p> <p>Si atteinte ganglionnaire : Radiothérapie + chimiothérapie concomitante.</p>
Stades IB et II proximaux, de taille < 4 cm	<p>Chirurgie exclusive</p> <p>radiothérapie exclusive ou une association radio-chirurgicale</p>
Stades IB et II proximaux, de taille > 4 cm	<p>Radio chimiothérapie concomitante + curiethérapie utéro vaginale avant traitement chirurgical radical.</p> <p>+/- Radiothérapie en cas de cancer résiduel d'exérèse limite ou incomplète.</p>
Stades II distaux, III et IV	<p>Radiothérapie, associant une irradiation externe et une curiethérapie sont généralement proposées.</p> <p>Irradiation lombo-aortique en cas de métastase documentée.</p> <p>Ou Radio chimiothérapie</p>

ANNEXE 2 – GUIDE D'ENTRETIEN

Le guide d'entretien a été mis au point en collaboration avec le directeur de thèse et des internes de médecine générale et en référence à la littérature existante sur le dépistage du cancer du col de l'utérus.

ETUDE SUR LE DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS GUIDE THEMATIQUE POUR LES PATIENTES

Dans le cadre de mon travail de thèse, je me suis intéressée aux patientes qui échappaient au suivi par frottis pour dépister le cancer du col de l'utérus.

Le but de cette étude consiste à examiner les idées, les comportements, le ressenti et les attentes des patientes concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus afin d'améliorer celui-ci et notamment dans une population ciblée.

1) Introduction

A cette étape, l'interviewer définit les principes de l'entretien approfondi et commence à tisser une relation avec les répondants, en les mettant à l'aise et en faisant progressivement connaissance.

Interviewer : moi-même

Méthode

- Confidentialité
- Pas de bonnes ou mauvaises réponses
- Tous les avis ont la même importance
- Les avis sur les soins de santé personnels sont écoutés

Sujet

- Dépistage du cancer du col de l'utérus et suivi

Répondant (ces informations sont obtenues une fois la patientes recrutées par un questionnaire à remplir)

- Age, profession, niveau d'études, salaire moyen, suivi par médecin traitant, régime social.

2) Connaissances générales sur le cancer du col de l'utérus

Que savez-vous du cancer du col de l'utérus ?

Comment peut-il se développer ?

Comment le dépiste-t-on ?

Quels moyens de prévention connaissez-vous ?

Savez-vous à quoi sert le frottis et en quoi consiste-t-il ?

RELANCE, POUVEZ-VOUS M'EN DIRE PLUS.

3) Attitudes et raisons d'un mauvais suivi et de cette négligence

Quelles sont pour vous, les raisons de ne pas avoir fait cet examen ?

Quelles réticences avez-vous concernant le frottis ?

Pensez-vous avoir négligé votre suivi/ ou santé ? Pourquoi ?

POUVEZ-VOUS M'EN DIRE PLUS. DONNER MOI DES EXEMPLES

CREUSER : soutien, conseils.

4) Attitudes et comportements actuels à l'égard de votre implication

Pensez-vous participer à vos propres soins de santé ? Et comment ?

Etes-vous satisfaite de votre niveau actuel d'implication dans vos propres soins de santé ?

Pourquoi dites-vous cela ?

5) Relation médecin traitant- patiente

Etes-vous suivie régulièrement chez votre médecin ?

Si oui, pourquoi ?

Pensez-vous que votre médecin puisse assurer votre suivi gynécologique ?

Parlez-vous des problèmes gynécologiques avec votre médecin ?

Si oui, donner des exemples.

Si non, pourquoi ?

Avez-vous une contraception ? Qui assure la prescription ?

Avez-vous déjà parlé du cancer du col de l'utérus avec votre médecin généraliste ?

Savez-vous si votre médecin réalise des frottis ?

POUVEZ- VOUS M'EN DIRE PLUS. REFORMULER LA QUESTION.

6) Attentes concernant l'information sur le cancer du col de l'utérus

Quelles seraient les informations que vous voudriez avoir sur le cancer du col de l'utérus ?

Vers qui vous orienteriez –vous ?

Vers le médecin traitant, vers Internet, la télé, l'entourage...?

Si non, pourquoi dites- vous cela ?

POUVEZ- VOUS M'EN DIRE PLUS.

7) Améliorations à venir et obstacles à un mauvais suivi

En France, plus de la moitié des femmes sont mal dépistées, Comment pensez-vous que l'on puisse améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus ?

Qu'est-ce qui vous pousserez à être mieux suivi au niveau du cancer du col de l'utérus ?

Que pensez-vous si vous étiez prise en main par votre médecin pour vous rappeler ce dépistage ?

POUVEZ-VOUS M'EN DIRE PLUS. DONNER MOI DES EXEMPLES.

ANNEXE 3 - QUESTIONNAIRE

1. Quel est votre âge ? (entourer la réponse)
20-24 ans 25-35 ans 36-50 ans 51-65 ans
2. Dans quelle commune habitez –vous ?
3. Quel est votre statut marital ? (entourer la bonne réponse)
Célibataire En Concubinage Mariée Pacsée Veuve Divorcée
4. Avez-vous des enfants ? (entourer la bonne réponse)
Oui (nombre :) Non
5. Quelle est votre profession ?
6. Quel est votre niveau d'études ?
7. De quelle origine êtes-vous ? (entourer la bonne réponse)
Europe Asie Maghreb Autre
8. A quel âge avez –vous effectué votre premier frottis ?
9. Qui a effectué votre dernier frottis ? (entourer la bonne réponse)
Médecin généraliste Gynécologue PMI Laboratoire Autre
10. Quel est votre médecin généraliste (noter son lieu d'exercice) ?
11. Quel est votre revenu mensuel du couple ? (entourer la bonne réponse)
< 1000 euros 1000-1500 euros 1500-2000euros > 2000 euros
12. Combien de fois environ allez-vous voir votre médecin généraliste? (entourer la bonne réponse)
1/ an 2/an tous les 3 mois tous les mois
13. De quel régime social bénéficiez-vous ? (entourer la réponse)
Régime général CMU AME 100% Autre

ANNEXE 4 – CARACTERISTIQUES DES FEMMES INTERROGÉES

Paramètres	Patiente 1	Patiente 2	Patiente 3	Patiente 4	Patiente 5	Patiente 6	Patiente 7	Patiente 8	Patiente 9	Patiente 10
Date de l'entretien	24/09/2013	01/10/2013	09/10/2013	09/10/2013	09/10/2013	09/10/2013	16/10/2013	16/10/2013	16/10/2013	16/10/2013
Lieu de recrutement	Cs Gynéco	Cs Gynéco	Cs Gynéco	Cs Gynéco	Cs Gynéco	Cs Gynéco	Cs Gynéco	Cs Gynéco	Cs Gynéco	Cs Gynéco
Durée de l'entretien	17 min	20 min	35 min	25 min	35 min	18 min	37 min	23 min	25 min	28 min
Age	42	30	48	61	42	39	28	40	36	44
Ville d'habitation	Nice	La Tour Sur Tinée	Nice	Nice	Cagnes sur Mer	St Laurent du Var	Nice	Nice	Nice	Tourette-Levens
Statut marital	En concubinage	En concubinage	En concubinage	Célibataire	En concubinage	Mariée	Célibataire	Célibataire	En concubinage	Mariée
Nombre d'enfants	2	3	2	0	1	4	0	1	1	4
Profession	Jardinier	Eleveuse de vaches	Sans profession	Retraité	Sans profession	Fonctionnaire	Sans profession	Sans profession	Sans profession	Secrétaire
Niveau d'études	BAC	4ème	Primaire	BAC+2	BEP	BAC+2	CAP	CAP	CAP	BAC+2
Origine	Europe	Europe	Europe	Europe	Europe	Martinique	Europe	Europe	Sénégal	Europe
Age du 1er frottis	25	19	25	24	18	25	jamais	17	jamais	22
Professionnel ayant réalisé le dernier frottis	Gynécologue	Gynécologue	Laboratoire	Gynécologue	Gynécologue	Gynécologue	Gynécologue	Gynécologue	Gynécologue	Gynécologue
Médecin traitant	Dr Mathe (Nice)(H)	Dr Audibert (Villars Sur Var)(H)	Dr Philip (Nice)(H)	Dr Crotti (Nice)(F)	Dr Wartak (L'Escarène)(H)	Dr Audibert (St Laurent du Var)(F)	Dr Osta (Nice)(H)	Dr Del Giudice (Nice)(H)	PMI	Dr Malatras (Nice)(H)
Nombre de Consultation /an	1/an	1/an	tous les mois	2/an	jamais	1/an	tous les mois	tous les mois	tous les mois	tous les mois
Revenu mensuel	> 2000 euros	1000-1500 euros	<1000 euros	1000-1500 euros	> 2000 euros	> 2000 euros	<1000 euros	<1000 euros	< 1000 euros	> 2000 euros
Régime social	MSA	MSA	100%	Régime général	Régime général	Autre	100%	CMU c	AME	Régime général

Paramètres	Patiente 11	Patiente 12	Patiente 13	Patiente 14	Patiente 15	Patiente 16	Patiente 17	Patiente 18
Date de l'entretien	16/10/2013	16/10/2013	16/10/2013	23/10/2013	23/10/2013	23/10/2013	23/10/2013	25/10/2013
Lieu de recrutement	Cs Gynéco	Cs Gynéco	Cs Gynéco	Cs Gynéco	Cs Gynéco	Cs Gynéco	Cs Gynéco	Cs Gynéco
Durée de l'entretien	22 min	29 min	30 min	26 min	23 min	34 min	16 min	27 min
Age	51	65	42	36	68	42	41	33
Ville d'habitation	Nice	Nice	Nice	Nice	Nice	St Aigulf (83)	Cagnes sur Mer	Carros
Statut marital	Mariée	Célibataire	En concubinage	Mariée	Célibataire	Célibataire	Mariée	Mariée
Nombre d'enfants	4	2	2	0	0	0	0	3
Profession	Femme de ménage	Retraité	Educatrice	Ménage	Retraité	Sans profession	Sans profession	En congés parental
Niveau d'études	Brevet	BAC + 4	BEP	Primaire	Collège	BAC	BAC + 2	BAC
Origine	Europe	Europe	Maghreb	Maghreb	Europe	Europe	Maghreb	Mauritanie
Age du 1er frottis	18	65	19	36	50	42	41	20
Professionnel ayant réalisé le dernier frottis	Gynécologue	MGEN	Gynécologue	Gynécologue	Gynécologue	Gynécologue	Gynécologue	Gynécologue
Médecin traitant	Dr Francis (Nice)(F)	Dr Carneiro (Nice)(H)	Dr Zerathe (Nice)(H)	Dr Blanc (Nice)(H)	Dr Deschamps (Nice) (F)	Dr Chaboussou (St Aigulf)(H)	Dr Cazeaux (Cagnes sur Mer)(F)	Dr Bergonzo (Carros)(H)
Nombre de Consultation /an	2/an	1/an	2/an	4/an	4/an	jamais	2/an	4/an
Revenu mensuel	> 2000 euros	> 2000 euros	1000-1500 euros	< 1000 euros	< 1000 euros	< 1000 euros	1000 - 1500 euros	1000 - 1500 euros
Régime social	Régime général	Régime général	CMU c	AME	Régime général	MSA	Régime général	Régime général

Paramètres	Patiente 21	Patiente 22	Patiente 23	Patiente 24	Patiente 25	Patiente 26	Patiente 27	Patiente 28	Patiente 29	Patiente 30
Date de l'entretien	22/11/2013	28/11/2013	28/11/2013	28/11/2013	28/11/2013	28/11/2013	06/12/2013	06/12/2013	10/12/2013	10/12/2013
Lieu de recrutement	Cs MG	Cs MG	Cs MG	Cs MG	Cs MG	Cs MG	Cs MG	Cs MG	Cs PMI	Cs PMI
Durée de l'entretien	38 min	18 min	21 min	16 min	23 min	16 min	26 min	14 min	15 min	17 min
Age	53	37	35	43	36	53	47	26	38	27
Ville d'habitation	Nice	Nice	Fréjus	La Trinité	Nice	Berre les Alpes	Nice	Nice	Nice	Nice
Statut marital	En concubinage	Célibataire	Marlée	En concubinage	Marlée	Marlée	Divorcée	Célibataire	Marlée	En concubinage
Nombre d'enfants	2	3	4	1	8	4	3	1	4	3
Profession	Juriste en AM	Aide à domicile	Commis de cuisine	Sans profession	Sans profession	Secrétaire	Infirmière CHU	En formation	Sans profession	Sans profession
Niveau d'études	BAC + 4	CAP	BAC	CAP	Collège	BAC	BAC+4	BEP	Collège	BEP
Origine	Europe	Afrique Noire	Europe	Europe	Europe	Europe	Cameroun	Afrique Noire	Roumanie	Les Comores
Age du 1er frottis	23	jamais	17	16	15	20	36	21	jamais	26
Professionnel ayant réalisé le dernier frottis	Gynécologue		Gynécologue	Laboratoire	Gynécologue	Gynécologue	Gynécologue	Gynécologue		Gynécologue
Médecin traitant	Dr Léonardi (Nice)(H)	Dr Hillali (La trinité)(H)	Dr Hillali (La trinité)(H)	Dr Attia (La trinité)(F)	Dr Ismail (La trinité)(F)	Dr Attia (La trinité)(F)	Dr Touboul (Nice)(H)	Dr Touboul (Nice)(H)	aucun	Dr Mouille-Blanc (Nice)(F)
Nombre de Consultation /an	4/an	tous les mois	4/an	4/an	4/an	4/an	1/an	4/an		1/an
Revenu mensuel	> 2000 euros	1000-1500 euros	> 2000 euros	> 2000 euros	1500-2000 euros	> 2000 euros	> 2000 euros	1000-1500 euros	1000-1500 euros	1000-1500 euros
Régime social	100%	CMU c	Régime général	Régime général	CMU et mutuelle	Régime général	Régime général	CMU b	CMU c	CMU c

Paramètres	Patiente 31	Patiente 32	Patiente 33	Patiente 34	Patiente 35	Patiente 36	Patiente 37	Patiente 38	Patiente 39	Patiente 40
Date de l'entretien	10/12/2013	12/12/2013	12/12/2013	12/12/2013	12/12/2013	12/12/2013	12/12/2013	13/12/2013	13/12/2013	13/12/2013
Lieu de recrutement	Cs PMI	Cs PMI	Cs PMI	Cs PMI	Cs PMI	Cs PMI	Cs PMI	Cs MG	Cs MG	Cs PMI
Durée de l'entretien	15 min	19 min	14 min	13 min	14 min	16 min	12 min	20 min	17 min	20 min
Age	39	27	33	33	32	32	26	58	56	34
Ville d'habitation	Nice	Grasse	Nice	Nice	Nice	Nice	Nice	Nice	Nice	La Trinité
Statut marital	Marlée	Célibataire	Marlée	Marlée	Marlée	Marlée	Marlée	Divorcée	Divorcée	Pacsée
Nombre d'enfants	1	1	3	2	2	1	1	1	5	1
Profession	Sans profession	Sans profession	Sans profession	Sans profession	Sans profession	Sans profession	Femme de chambre	Aide soignante	gent de service éco	Infirmière prison
Niveau d'études	BAC + 1	BAC	BAC	Lycée	BAC	Ecole élémentaire	Collège	BAC	CAP	BAC + 3
Origine	Maghreb	Maghreb	Maghreb	Togo	Maghreb	Maghreb	Cap vert	Europe	Maghreb	Europe
Age du 1er frottis	jamais	25	29	31	31	jamais	jamais	20	42	27
Professionnel ayant réalisé le dernier frottis		PMI	Gynécologue	Gynécologue	PMI			Gynécologue	Gynécologue	Gynécologue
Médecin traitant	Dr Benhamidat (Nice)(H)	Dr Hervé (Nice)(H)	Dr Crasso (Nice)(H)	Dr Paolantonacci (Nice)(H)	Dr Jolivet (Nice)(H)	Dr Harquet (Nice)(H)	Dr Lassagne (Nice)(F)	Dr Touboul (nice)(H)	Dr Touboul (Nice)(H)	Dr Lethurgez (Nice)(H)
Nombre de Consultation /an	1/an	4/an	1/an	1/an	4/an	1/an	tous les mois	1/an	4/an	3/an
Revenu mensuel	< 1000 euros	1000-1500 euros	1000-1500 euros	1000-1500 euros	1000-1500 euros	1500-2000 euros	1500-2000 euros	1500-2000 euros	1000-1500 euros	> 2000 euros
Régime social	AME	CMU b	AME	CMU c	AME	Régime général	Régime général	Régime général	Régime général	Régime général

